



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP :
 Nama Lengkap : Yusti Meliana Amd. Keb
 Unit/Divisi/Komite : Kamar Bersalin
 No. Telepon/Ext : 1200 / 1202
 E-mail : harazeeupdate@gmail.com
kanit.kamar-bersalin@rsintan
nusadg.com

Tanggal : 27/1/22

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 001/F/RM/RSIH/XII/2021
 No/Kode RM : 10.9 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : 00

Logistik Formulir

(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama :

Buffer stock :

Proses PO :

Waktu :

Paraf

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Revisi disesuaikan dengan standar form inform
consent RSIH

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Tanda Tangan
Pemohon,

Yusti Meliana

Tanda Tangan
Penerima, 4/2/22

Rani Setia Utami
 NIP. 15070293069

Masukan/Saran


(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Logistik		Tanda Tangan	
<u>akan dipasarkan sesuai kebutuhan dan kebutuhan</u>		<u>dr. Iva</u>	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
<u>Ata konten.</u>		<u>dr. Iva</u>	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
<u>acc.</u>		<u>dr. Rizky Spog</u>	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
<u>isian lembar rangkap</u>	<u>dr. Iva</u>	<u>No. Form digunakan.</u>	<u>dr. Iva</u>
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
<u>acc</u>	<u>dr. Iva</u>	<u>acc</u>	<u>dr. Muhammad Hasan, MARS</u>

NIP. 21110183633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021(Rev.00)



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama : _____

Tanggal Lahir : _____ (L / W)*

No. RM :

--	--	--	--	--	--

Ruangan/Kelas : _____ / _____

Dokter yang merawat : _____

Penjamin : _____

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK

Medical Procedure Information

PEMBERIAN INFORMASI (Provision of Information)

Dokter Pelaksana Tindakan/*Medical staff conducting procedure* : _____

Pemberi Informasi/*information provider* : _____

Penerima Informasi/Pemberi persetujuan* : _____

Information receive/consent provider

JENIS INFORMASI <i>(Type of information)</i>	ISI INFORMASI <i>(Content of information)</i>	TANDA <i>(√)</i>
1 Diagnosis (WD & DD) <i>Diagnosis (Working Diagnosis and Differential Diagnosis)</i>		
2 Dasar Diagnosis <i>Basic of Diagnosis</i>	Anamnesa Pemeriksaan Fisik USG	
3 Tindakan Kedokteran/Tata Cara <i>Medical Procedure/Method</i>	KURETASE Serangkaian proses pelepasan jaringan yang melekat pada dinding rahim dengan melakukan pembersihan dengan menggunakan sendok kuret ke dalam rongga rahim.	
4 Indikasi Tindakan <i>Medical Procedure Indication</i>	Sisa jaringan janin, sisa plasenta, hamil anggur, kehamilan tidak berkembang, polip leher rahim, perdarahan tidak teratur, perdarahan pasca menopause	
5 Tujuan <i>Purposes of the Procedure</i>	Untuk mengeluarkan sisa kandungan rahim dan/atau berbagai kelainan yang ditemukan di dalam rahim serta mencegah risiko lain yang lebih berat	
6 Risiko/Koplikasi <i>Risks/Complications</i>	1. Dapat terjadi perdarahan dan luka organ 2. Mungkin dapat terjadi berbagai risiko operasi dari ringan sd berat bahkan mengancam jiwa	
7 Prognosis <i>Prognosis</i>	<i>Dubia ad Bonam</i> (kemungkinan membaik)	
8 Alternatif & Risiko <i>Alternative & Risks</i>	Dapat terjadi perdarahan hebat dan risiko infeksi hingga mengalami perburukan kondisi yang mengancam keselamatan bilamana tidak dilakukan tindakan penanganan yang tepat sesuai saran dan pertimbangan dokter	
9 Lain-lain <i>Others</i>	Dapat terjadi kemungkinan perdarahan berlanjut dan infeksi pada organ reproduksi kewanitaan	

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi.

Herewith stated that I have explain all information above correctly and clearly and provide opportunity to inquiries and/or discussion.

Dokter Pelaksana Tindakan

(.....)

Nama Jelas dan Tanda Tangan

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya.

Herewith stated that I have explain all information as mentioned above with my initials or sign on the righ column, and have understand it..

Penerima Informasi

(.....)

Nama Jelas dan Tanda Tangan

**Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat. If the patient incompetent or unable to receive information, the information receiver assigned to patient's custodion or next of kin.*

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK

*Coret yang tidak/Cross out if not necessary