

FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080288075
Nama Lengkap : Elis Dida Juniza
Unit/Divisi/Komite : UPS
No. Telepon/Ext : 1206 / 1101
E-mail : kanit.rauzat-jalan@rs.intanhusada.com

Tanggal : 18/11/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
No/Kode Formulir : 603 / F / RM / RdH / 14 / 2022 (Rev. 02)
No/Kode RM : T-1 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : 2 Revisi ke- : 02

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	0
Buffer stock :	0
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

sweeping formulir

Komponen Perubahan

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

no. pm.

Tanda Tangan
Pemohon,


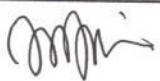

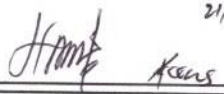
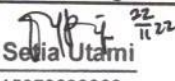
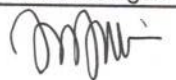

Elis Dida Juniza, A.Md.Kep
503103305/PP.277/Dinkes/2022

Tanda Tangan
Penerima,

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
PM 1 Ply Bolak-Balik			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Ace revisi			
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Ace			
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
diskusikan dengan akreditasi	 21/11/22	ditindaklanjuti sesuai dg revisi penomoran RM	 22/11/22 Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Ace			 drg. Muhammad Hasbi MARS NIP. 21110183633

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR RINGKASAN KUNJUNGAN RAWAT JALAN**

003/F/RM/RSIH/XI/2022 (RM 7.1) - Rev.02

1. PENGERTIAN

Formulir Ringkasan Kunjungan Rawat Jalan adalah catatan kunjungan pasien yang berobat ke Poliklinik di Unit Rawat Jalan.

2. TUJUAN

Untuk memberikan informasi kepada petugas Unit Rawat Jalan tentang hal-hal yang berkaitan dengan pasien dari segi medis dan keperawatan.

3. KEGUNAAN

Mendokumentasikan kunjungan pasien pada saat masuk Unit Rawat Jalan.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Perawat, Bidan, fisioterapis dan Terapis gigi dan mulut Unit Rawat Jalan

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh Perawat, Bidan, fisioterapis dan Terapis gigi dan mulut Unit Rawat Jalan

6. CARA PENGISIAN

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
Nama	Diisi nama pasien	Perawat, Bidan, fisioterapis dan Terapis gigi dan mulut	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal lahir	Diisi tanggal lahir pasien	Perawat, Bidan, fisioterapis dan Terapis gigi dan mulut	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Jenis kelamin (L/W)	Dilingkari pada huruf yang sesuai dengan jenis kelamin pasien "L" untuk laki laki, "W" untuk wanita	Perawat, Bidan, fisioterapis dan Terapis gigi dan mulut	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
No. RM	Diisi nomor rekam medik pasien pada kotak yang disediakan	Perawat, Bidan, fisioterapis dan Terapis gigi dan mulut	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal	Di isi tanggal, bulan dan tahun pasien daftar ke poliklinik	Perawat, Bidan, fisioterapis dan Terapis gigi dan mulut	Di isi lengkap

Poliklinik	Di isi nama Klinik tujuan	Perawat, Bidan, fisioterapis dan Terapis gigi dan mulut	Di isi lengkap
Nama Dokter	Di isi nama dokter tujuan	Perawat, Bidan, fisioterapis dan Terapis gigi dan mulut	Di isi lengkap
Keterangan	Di isi "Cancel" jika pasien batal diperiksa	Perawat, Bidan, fisioterapis dan Terapis gigi dan mulut	Di isi lengkap