



FORMULIR PERMINTAAN  
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 14080292034  
Nama Lengkap : Resti Septianisa  
Unit/Divisi/Komite : Radiologi  
No. Telepon/Ext :  
E-mail : Radiologirsih@gmail.com

Tanggal : 20 Oktober 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan  
Judul Formulir : Pemberian Informasi Tindakan Medik CT-Scan dengan Kontras  
No/Kode Formulir : 137/F/RM/RSIH/X/2022  
No/Kode RM\*\* : 9.2 (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  
a.n

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Sesuai rekomendasi pada saat kegiatan luring PCC (LAM-KPRS)

Harus tersedia formulir terpisah untuk pemberian informasi tindakan pemeriksaan CT-Scan Dengan Kontras

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan  
Pemohon,

Resti

Tanda Tangan  
Penerima,

Rani

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
FY 1 ply		a.n	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
dr. Rizqi Roswida Nur Sp.Rad		Rani	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Pemberian sudah di sesuaikan	Handy 21/10/22 Aceng	Dr. In Saikun Duti	Rani 21/10/22
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Ace	dr. Iva	Ac	dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

001/F/SEKRE/RSIH/IX/2022(Rev.01)





**TATA CARA PENGISIAN**  
**FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK CT-SCAN DENGAN KONTRAS**  
**137/F/RM/RSIH/X/2022 (RM 9.2) - Rev.00**

**1. PENGERTIAN**

Formulir Pemberian Informasi Tindakan Medik CT-Scan Dengan Kontras adalah berkas berisikan informasi tindakan medik yang meliputi diagnosis, dasar diagnosis, tata cara tindakan kedokteran, indikasi tindakan, tujuan, risiko/komplikasi, prognosis, alternatif dan risiko terkait tindakan medik yang akan dilakukan untuk pasien dari Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).

**2. TUJUAN**

Untuk memberikan informasi tindakan yang dilakukan kepada pasien yang diminta oleh DPJP.

**3. KEGUNAAN**

Formulir digunakan untuk pemberian informasi dan edukasi tentang pentingnya tindakan medik yang akan dilakukan

**4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN**

- a. Dokter Spesialis Radiologi
- b. Form Pemberian Informasi CT-Scan Dengan Kontras disediakan di Unit Radiologi.

**5. MEKANISME PENGISIAN**

- a. Form Pemberian Informasi diisi oleh Dokter Spesialis Radiologi
- b. Pengisian Identitas pasien Form Pemberian Informasi diisi oleh Radiografer atau Petugas Kesehatan lainnya atau ditempel dengan stiker label pasien

**6. CARA PENGISIAN**

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
<b>Identitas Pasien (dapat ditempel stiker identitas pasien)</b>		
Nama	Diisi nama Lengkap	Radiografer/ Petugas Kesehatan lainnya
Tgl Lahir L /P	Diisi tanggal lahir, L/P dipilih salah satu yang sesuai	Radiografer / Petugas Kesehatan lainnya
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Radiografer / Petugas Kesehatan lainnya
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien diperiksa/ dirawat	Radiografer / Petugas Kesehatan lainnya
Dokter yang merawat	Diisi nama dokter yang merawat pasien	Radiografer / Petugas Kesehatan lainnya
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Radiografer / Petugas Kesehatan lainnya
<b>Pemberian Informasi</b>		
Dokter Pelaksana Tindakan	Diisi nama dokter yang akan melakukan tindakan medik	Radiografer /Tenaga kesehatan lain/DPJP
Pemberi Informasi	Diisi nama dokter yang memberikan informasi terkait tindakan medik yang akan dilakukan	Radiografer /Tenaga kesehatan lain/DPJP



Penerima Informasi	Diisi nama penerima informasi dari pihak pasien (keluarga inti/keluarga terdekat) mencantumkan nama penerima informasi dan status kedekatan dengan pasien Contoh : Tn. Amir (kakak kandung)	Radiografer /Tenaga kesehatan lain/DPJP
<b>Jenis Informasi</b>		
Diagnosis	Diisi diagnosa pasien pada saat perawatan di RS Intan Husada	Dokter Spesialis Radiologi / Dokter Umum
Dasar Diagnosis	Diisi dasar diagnosis	Dokter Spesialis Radiologi / Dokter Umum
Tindakan kedokteran	Diisi tata cara tindakan medik yang akan dilakukan oleh DPJP	Dokter Spesialis Radiologi / Dokter Umum
Indikasi Tindakan	Diisi indikasi/alasan tindakan medik dilakukan	Dokter Spesialis Radiologi / Dokter Umum
Tujuan	Diisi Tujuan tindakan medik dilakukan	Dokter Spesialis Radiologi / Dokter Umum
Risiko/Komplikasi	Diisi Risiko/komplikasi yang mungkin terjadi pada saat tindakan medik dilakukan	Dokter Spesialis Radiologi / Dokter Umum
Prognosis	Diisi kemungkinan yang terjadi jika dilakukan tindakan <i>Dubia ad malam/dubia ad bonam/ ad malam/ ad bonam</i>	Dokter Spesialis Radiologi / Dokter Umum
Alternatif & Risiko	Diisi alternatif dan risiko jika tindakan medik tidak dilakukan	Dokter Spesialis Radiologi / Dokter Umum
Lain-lain	Diisi keterangan informasi lainnya sesuai dengan kebutuhan	Dokter Spesialis Radiologi / Dokter Umum
<b>Tanda tangan</b>	Diisi nama jelas dan tanda tangan dokter pelaksana tindakan	Dokter Spesialis Radiologi / Dokter Umum
	Diisi nama jelas dan tanda tangan penerima informasi	Dokter Spesialis Radiologi / Dokter Umum