

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080190073
 Nama Lengkap : Iman Nurjuman
 Unit/Divisi/Komite : Gawat Darurat
 No. Telepon/Ext : 0262 2800900
 E-mail : kanit.gawat-darurat@rsintan.husada.com

Tanggal : 30 November 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
 No/Kode Formulir : Informasi RIP
 No/Kode RM : 2.9.5 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : Des 2021 Revisi ke- : 1

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	0
Buffer stock :	5
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 Standarisasi kode RM dan Efektifitas
 Asuhan pasien

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 penggabungan inform dari 3 menjadi 1

Tanda Tangan
Pemohon,

Iman Nurjuman S.Kep., Ners
 503/2584/SIPP.40/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
FY 1 Pk			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung			Tanda Tangan
Acc Revisi			
Unit/Divisi/Komite			Tanda Tangan
Acc			
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
disesuaikan dgn abe	Handi Agung 30/11/22	Dr. K. S. S. S.	Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc	Handi Agung	Acc	dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

**Identitas Pasien (Diisi oleh PPA)**

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 (Type of information)	ISI INFORMASI (Content of information)	TANDA (v)
1 Diagnosis (WD & DD) Diagnosis (Working Diagnosis and Differential Diagnosis)		
2 Dasar Diagnosis Basic of Diagnosis		
3 Tindakan Kedokteran/Tata Cara Medical Procedure/Method	<input type="checkbox"/> Resusitasi Jantung Paru (RJP) <input type="checkbox"/> Penekanan Manual di Area Tulang Dada Tengah <input type="checkbox"/> Pemasangan Alat Bantu Nafas Endotracheal (ETT, NTT, LMA) <input type="checkbox"/> Pemasangan Alat Bantu Membuka Jalan Nafas (OPA, NPA, Laryngoscope) <input type="checkbox"/> Penggunaan Alat Bantu Penafasan Manual (Bagging, Jakson Rees) <input type="checkbox"/> Terapi Kejut Listrik di Area Dada Tengah dan Paru Kiri Bawah (Defibrilasi)	
4 Indikasi Tindakan Medical Procedure Indication	<input type="checkbox"/> Henti Nafas dan Henti Jantung <input type="checkbox"/> Gangguan Irama Jantung yang Tidak Stabil <input type="checkbox"/> Membuka Saluran Nafas <input type="checkbox"/> Kekurangan Oksigen	
5 Tujuan Purposes of the Procedure	<input type="checkbox"/> Mengembalikan Denyut Jantung dan Nafas Spontan <input type="checkbox"/> Mengembalikan Irama Jantung Menjadi Normal <input type="checkbox"/> Memberikan Suplai Oksigen yang Cukup untuk Organ-organ Vital untuk Sementara atau Menetap	
6 Risiko/Komplikasi Risks/Complications	<input type="checkbox"/> Patah tulang rusuk <input type="checkbox"/> Kulit terbakar <input type="checkbox"/> Kematian Sel Otak Jantung <input type="checkbox"/> Trauma di area bibir dan rongga mulut <input type="checkbox"/> Meninggal dunia	
7 Prognosis Prognosis		
8 Alternatif & Risiko Alternative & Risks	<input type="checkbox"/> DNR (Do Not Resuscitate) <input type="checkbox"/> Pasien Meninggal	
9 Lain-lain Others		

Garut, _____ pukul _____

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 right 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 custodian or next of kin.*

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK