

# FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

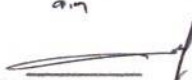
## DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080190073  
 Nama Lengkap : Iman Nurgaman  
 Unit/Divisi/Komite : IGD  
 No. Telepon/Ext : 1111  
 E-mail : karit.gawat-darurat@ptan.husada.com

Tanggal : 20/5/2022

## DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan  
 Judul Formulir : Rujukan Eksternal  
 No/Kode Formulir : 098/F/RM/RSIH/IX/2022  
 No/Kode RM\*\* : 2A (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : 00

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	4
Buffer stock :	10
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf	

## Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
 pengisian dengan panduan dan pedoman yang berlaku.

## Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
 perubahan kode formulir dan revisi minor

Tanda Tangan  
Pemohon,

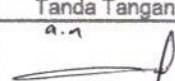
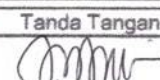
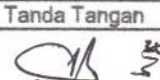
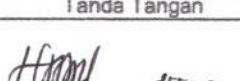
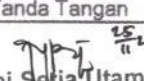
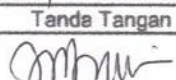
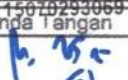
Iman Nurgaman  
NIP. 15080190073

Tanda Tangan  
Penerima,

Rani Setia Utami  
NIP. 15070293069

## Masukan/Saran

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

Logistik			Tanda Tangan
F4 1 Ply			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung			Tanda Tangan
Acc Perijesahan Revisi			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Acc	
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
pergantian no RM		latihan langsung sesuai dg revisi penomoran RM	 Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc		Acc	 drg. Muhammad Hasan, MARS NIP. 201101001000000

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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

\*) Coret yang tidak perlu



**TATA CARA PENGISIAN  
FORMULIR SKRINING PASIEN YANG AKAN DIRUJUK KE RSIH**

**096/F/RM/RSIH/IX/2022 (RM 2.2) - Rev.01**

**1. PENGERTIAN**

Formulir UGD adalah berkas yang berisikan informasi pasien, anamnesa pemeriksaan fisik, diagnosis, tindakan medis dan keperawatan serta intruksi lanjutan pasien-pasien yang dilayani UGD.

**2. TUJUAN**

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

**3. KEGUNAAN**

Mendokumentasikan kondisi pasien pada saat masuk UGD, pemeriksaan selama di UGD, terapi dan tindak lanjut pasien di UGD.

**4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN**

Dokter Jaga UGD dan perawat UGD

**5. MEKANISME PENGISIAN**

Form diisi oleh dokter dan perawat UGD

**6. CARA PENGISIAN**

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
Kolom Identitas Pasien	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.	Perawat	Jika stiker tidak tersedia, diisi secara manual
Nama	Diisi nama lengkap pasien sesuai dengan yang tertulis pada formulir pendaftaran, dengan menggunakan huruf kapital	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal lahir	Diisi tanggal lahir pasien	Perawat	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	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
No. RM	Diisi nomor rekam medik pasien pada kotak yang disediakan	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
DPJP	Diisi nama dokter DPJP yang menangani pasien	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.

RS/ KLINIK	Diisi Nama Faskes Perujuk	Perawat/ Dokter	Saat konfirmasi by Telp
Petugas	Diisi Nama Petugas Perujuk	Perawat/ Dokter	Saat konfirmasi by Telp
Nama Pasien	Diisi nama lengkap pasien sesuai dengan yang tertulis pada formulir pendaftaran, dengan menggunakan huruf kapital	Perawat/Do kter/ admin UGD	Saat konfirmasi by Telp
Tanggal lahir	Diisi tanggal lahir pasien	Perawat/Do kter/ admin UGD	Saat konfirmasi by Telp
Diagnosa	Diisi sesuai pemeriksaan medis		Saat konfirmasi by Telp
Vital Sign/Tanda- tanda vital	Diisi hasil pengukuran Tensi, Nadi, Pernafasan, suhu, Saturasi oksigen, Berat Badan Dan Tinggi badan	perawat	Diisi lengkap
GCS	Diisi berdasarkan hasil penilaian <i>Eyes, Motoric, Verbal</i> Pasien	perawat	GCS diisi angka dari jumlah nilai total E: diisi angkasesuai penilaian M: diisi angkasesuai penilaian V: diisi angkasesuai penilaian
Pemeriksaan Penunjang	Diisi dengan temuan-temuan dari hasil pemeriksaan penunjang terhadap pasien: lab, Radiologi	Perawat/ Dokter	Saat konfirmasi by Telp
Terapi/ Tindakan	Diisi terapi dan tindakan yang telah dilakukan di faskes perujuk	Perawat/ Dokter	Sesuai kebutuhan medis
Alasan Rujuk	Diisi alasan pasien di rujuk	Perawat/ Dokter	Sesuai kebutuhan medis
Penjamin	Diisi sesuai dengan jenis pembayaran, Asuransi, Perusahaan, Umum	Perawat/ Dokter	Saat konfirmasi by Telp
Ruangan yang dituju	Diisi dengan tujuan perawatan sesuai indikasi medis	Perawat/ Dokter	Saat konfirmasi by Telp
Rencana tindakan	Diisi apabila ada rencana tindakan sesuai indikasi medis	Perawat/ Dokter	Boleh di isi tidak ada apabila tidak ada rencana tindakan
Status penerimaan	Di <i>check list</i> salah satu di terima atau tidak diterima	Perawat/ Dokter	Jika tidak diterima tuliskan beserta alasannya
Informasi balik	Diisi resume status pasien yang akan di rujuk dan di informasikan ke faskes perujuk	Perawat/ Dokter	Diisi Setelah pasien sampai di UGD RSIH
Tanggal, Bulan, Tahun, Jam	Diisi dokumentasi sesuai waktu rujukan	Perawat/ Dokter	Saat konfirmasi by Telp
Nama lengkap perawat/ dokter Dan Tandatangan	Diisi Nama lengkap serta tanda tangan dokter yang melakukan assesmen terhadap pasien	Perawat/ Dokter	Sesuai petugas yang menerima rujukan