

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR


DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 20030292536
 Nama Lengkap : dr. Iva Tania
 Unit/Divisi/Komite : Pelayanan Medik
 No. Telepon/Ext :
 E-mail : manajer.pelmed@rsintanhusada.com

Tanggal : _____

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
 Judul Formulir : Persetujuan Tindakan Medik
 No/Kode Formulir : 126/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.03)
 No/Kode RM** : RM 2.10 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 3

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

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

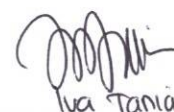
- bukti persetujuan tindakan medik.
 - Hasil rensi sunreior/pembimbing akreditasi PCC Saat bimbingan luring

Komponen Perubahan

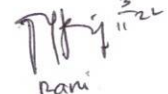
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

penambahan point penjelasan yg disampaikan oleh dokter terkait pasien / Pj pasien menyetujui risiko atau komplikasi yang ~~terjadi~~ mungkin timbul dari tindakan bedokteran tersebut

Tanda Tangan
Pemohon,

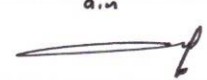
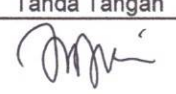
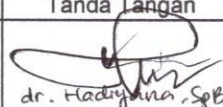
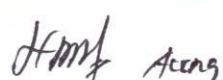
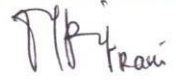
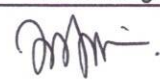


Iva Tania

Tanda Tangan
Penerima,


Rani

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
FU 1 Ph			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC Rensi			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite Medik	Tanda Tangan
			 dr. Hadryana, SpB
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
diresuaitkan dgn akreditasi	 Hamd Acang	Dikirimkan	 Rani
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Ace		Ace	

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama : _____
Tanggal Lahir : _____ (L / W)*
No. RM : _____
Ruangan/Kelas : _____ / _____
DPJP : _____
Penjamin : _____
Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK
INFORMED CONSENT ON MEDICAL PROCEDURE

Yang bertanda-tangan dibawah ini saya, nama _____, umur _____ tahun
Here sign below, I, name _____ age _____ yers old

laki-laki/perempuan*, alamat _____
male/female, address _____

dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukannya tindakan _____
with this state consent to do procedure _____

terhadap saya/ _____ saya*bernama _____, umur _____ tahun
to me/my (please state your family relation) _____ age _____ yers old

laki-laki/perempuan*, alamat _____
male/female, address _____

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.
I understand the importance and benefit of the procedure as explained above to me, including the risks and complications that may occur.

Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa
I also understand that the uncertainty of medical science, so the success of the medical procedure is not inevitable, but rely on the blessing of the God Almighty.

Dengan demikian apabila kemudian timbul risiko atau komplikasi dari tindakan tersebut saya memahami dan menerima konsekuensi yang terjadi tersebut.
Thus, if a risk or complication arises from such action, I understand and accept the consequences that occur.

Garut, _____ / _____ / _____ pukul _____

Yang Menyatakan That State	Saksi Pihak Keluarga Patient's Family Witness	Saksi Pihak RSIH RSIH Witness	Dokter Pelaksana Tindakan Doctor In Charge
<div>()</div> <div>Nama Jelas dan Tanda Tangan</div> <div>Full Name and Signature</div>	<div>()</div> <div>Nama Jelas dan Tanda Tangan</div> <div>Full Name and Signature</div>	<div>()</div> <div>Nama Jelas dan Tanda Tangan</div> <div>Full Name and Signature</div>	<div>()</div> <div>Nama Jelas dan Tanda Tangan</div> <div>Full Name and Signature</div>

*Coret yang tidak perlu



RUMAH SAKIT INTAN HUSADA

Jalan Mayor Suherman 72 Tarogong Garut Jawa Barat 44151

Telp. (0262) 2247769, 243499 SMS Center 0812 1486 7272

TATA CARA PENGISIAN FORMULIR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK 005/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.03)

1. PENGERTIAN

Formulir Persetujuan Tindakan Medik adalah berkas persetujuan yang ditandatangani oleh pasien/keluarga pasien terkait tindakan medik yang akan dilakukan untuk pasien dari Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) yang sebelumnya sudah diberikan informasi terkait pentingnya tindakan medik tersebut.

2. TUJUAN

Sebagai dokumentasi tertulis terkait persetujuan tindakan medik yang akan dilakukan oleh DPJP.

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan untuk memberikan informasi bahwa pasien bersedia untuk dilakukan tindakan medik

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- Pasien/Keluarga pasien yang menandatangani formulir persetujuan tindakan
- Distribusi Form Pemberian Informasi akan diberikan kepada semua unit pelayanan dan keperawatan yang memberikan tindakan medik kedokteran

5. MEKANISME PENGISIAN

- Form Persetujuan Tindakan medik diisi oleh pasien/keluarga pasien
- Pengisian Identitas pasien Form Pemberian Informasi diisi oleh Perawat atau Petugas Kesehatan lainnya atau ditempel dengan stiker label pasien

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien (dapat ditempel stiker identitas pasien)		
Nama	Diisi nama Lengkap	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Tgl Lahir L /P	Diisi tanggal lahir, L/P dipilih salah satu yang sesuai	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien diperiksa/ dirawat	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Dokter yang merawat	Diisi nama dokter yang merawat pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Persetujuan tindakan medik		
Nama	Diisi nama yang menandatangani Persetujuan tindakan medik	Pasien/Keluarga
Umur	Diisi umur	Pasien/Keluarga
Laki-laki/Perempuan	Coret yang tidak perlu	Pasien/Keluarga

Alamat	Diisi alamat yang menandatangani Persetujuan tindakan medik	Pasien/Keluarga
Tindakan	Jenis tindakan yang tidak akan dilakukan	Pasien/Keluarga
	Untuk Persetujuan tindakan yang diisi oleh pasiennya langsung, maka pengisian selanjutnya tidak perlu dilanjutkan	Pasien
	Untuk Persetujuan tindakan yang diisi oleh keluarga pasien, maka pengisian nama, umur, jenis kelamin dan alamat adalah identitas pasien	Keluarga
Tanggal Persetujuan	Diisi tanggal dan pukul Persetujuan tindakan yang akan dilakukan	Pasien/Keluarga
Tanda Tangan	Yang menyatakan : Diisi oleh nama jelas pasien/keluarga pasien yang menyatakan Persetujuan tindakan dan menandatangani pada kolom yang menyatakan	Pasien/Keluarga
	Saksi pihak keluarga : Diisi oleh nama jelas 2 orang saksi keluarga dan menandatangani pada kolom saksi pihak keluarga	Keluarga
	Saksi pihak rumah sakit : Diisi oleh nama jelas saksi rumah sakit dan menandatangani pada kolom saksi pihak rumah sakit	Perawat/Tenaga kesehatan
	Dokter pelaksana tindakan: Diisi oleh nama jelas dokter pelaksana tindakan dan menandatangani pada kolom Dokter pelaksana tindakan	DPJP/Dokter Pelaksana Tindakan