



FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 16080190073
Nama Lengkap : Iman Nurjawan
Unit/Divisi/Komite : UGD
No. Telepon/Ext : 1111
E-mail : fant.gawut.darutata@rsintankusada.com

Tanggal : 30/9/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Pemberian Informasi tindakan
No/Kode Formulir : Transferi Pasien - 101/F/RM/RSIH/IX/2022
No/Kode RM** : 298 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke : 2

| 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)

penyesuaian dg Padoar dan

Komponen Perubahan

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

Perubahan kode formulir dan revisi minor

Tanda Tangan
Pemohon,

Iman Nurjawan
NIP. 16080190073

Tanda Tangan
Penerima,

Pani

Masukan/Saran

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

| Logistik | | Tanda Tangan | |
|---------------------------------------|--------------|-----------------------------------------|--------------|
| FY 1 PM | | | |
| Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung | | Tanda Tangan | |
| ACC Revisi | | | |
| Panitia Rekam Medik** | Tanda Tangan | Unit/Divisi/Komite | Tanda Tangan |
| | | Acc | |
| Rekam Medik** | Tanda Tangan | Kesekretariatan | Tanda Tangan |
| perubahan no RM | | Ditindaklanjuti sesuai revisi penomoran | |
| Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan** | Tanda Tangan | Direktur | Tanda Tangan |
| ACC | | Acc | |

dr. Muhammad Haidi, MARS
NIP. 21110183633

*) 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

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK

Medical Procedure Information

PEMBERIAN INFORMASI (Provision of Information)

Garut, ____ / ____ / ____ pukul ____

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 | Tranfusi Darah Tindakan dilakukan oleh tenaga medis dengan mementingkan teknik septik/aseptic dengan menggunakan alat dan bahan steril, Pemasangan labu darah dilakukan melalui intravena yang sudah ditentukan oleh DPJP sesuai Standar Prosedur Operasional RSIH yang berlaku | |
| 4 Indikasi Tindakan Medical Procedure Indication | Terdapat kadar satu atau lebih komponen darah yang dibawah batas normal. | |
| 5 Tujuan Purposes of the Procedure | Memperbaiki kondisi pasien dengan menaikkan kadar haemoglobin darah atau komponen darah. | |
| 6 Risiko/Komplikasi Risks/Complications | Penularan HIV, Hepatitis C atau penyakit lain yang menular melalui darah. | |
| 7 Prognosis Prognosis | dubia ad bonam/kemungkinan baik | |
| 8 Alternatif & Risiko Alternative & Risks | Tidak ada alternatif | |
| 9 Lain-lain Others | | |

| | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|
| 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 righ 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 custodion or next of kin.

*Coret yang tidak/Cross out if not necessary

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK

TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK
111/F/RM/RSIH/IX/2021 (Rev.01)

1. PENGERTIAN

Formulir Pemberian Informasi 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 Penanggung Jawab Pelayanan
- b. Distribusi Form Pemberian Informasi akan diberikan kepada semua unit pelayanan dan keperawatan yang memberikan tindakan medik kedokteran

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Form Pemberian Informasi diisi oleh DPJP
- b. 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 |

| Pemberian Informasi | | |
|----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Dokter Pelaksana Tindakan | Diisi nama dokter yang akan melakukan tindakan medik | Perawat/Tenaga kesehatan lain/DPJP |
| Pemberi Informasi | Diisi nama dokter yang memberikan informasi terkait tindakan medik yang akan dilakukan | Perawat/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) | Perawat/Tenaga kesehatan lain/DPJP |
| Jenis Informasi | | |
| Diagnosis | Diisi diagnosa pasien pada saat perawatan di RS Intan Husada | DPJP |
| Dasar Diagnosis | Diisi dasar diagnosis | DPJP |
| Tindakan kedokteran | Diisi tata cara tindakan medik yang akan dilakukan oleh DPJP | DPJP |
| Indikasi Tindakan | Diisi indikasi/alasan tindakan medik dilakukan | DPJP |
| Tujuan | Diisi Tujuan tindakan medik dilakukan | DPJP |
| Risiko/Komplikasi | Diisi Risiko/komplikasi yang mungkin terjadi pada saat tindakan medik dilakukan | DPJP |
| Prognosis | Diisi kemungkinan yang terjadi jika dilakukan tindakan <i>Dubia ad malam/dubia ad bonam/ ad malam/ ad bonam</i> | DPJP |
| Alternatif & Risiko | Diisi alternatif dan risiko jika tindakan medik tidak dilakukan | DPJP |
| Lain-lain | Diisi keterangan informasi lainnya sesuai dengan kebutuhan | DPJP |
| Tanda tangan | Diisi nama jelas dan tanda tangan dokter pelaksana tindakan | DPJP |
| | Diisi nama jelas dan tanda tangan penerima informasi | Pasien/Keluarga Pasien |