

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : _____
 Nama Lengkap : dr. Iva Tania
 Unit/Divisi/Komite : Pelayanan Medik
 No. Telepon/Ext : _____
 E-mail : Manajer.pm@rintanghusada.com

Tanggal : 11 februari 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 001/F/RM/RSIH/XI/2021
 No/Kode RM : 10-4 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : _____ Revisi ke- : -

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama : -	
Buffer stock : -	
Proses PO : <u>2 MWG</u>	
Waktu : _____	
Paraf <u>[Signature]</u> _____	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

penambahan informasi terkait tindakan medik PC

Komponen Perubahan

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

penambahan 16' informasi dr dlm formulir 10-4.

Tanda Tangan
Pemohon,

[Signature]
dr. Iva

Tanda Tangan
Penerima,

[Signature] 9/3 22
Rani

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
<u>AKAN DICETAK SESUAI FORMAT dan IPI</u>		<u>[Signature]</u>	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
<u>Atas Revisi terlampir.</u>		<u>[Signature]</u>	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
<u>Ace</u>		<u>[Signature]</u>	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
<u>Isian lebih lengkap</u>	<u>[Signature]</u> 19/2 22 Ace		<u>[Signature]</u> 9/3 22 Rani
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
<u>Ace</u>	<u>[Signature]</u>	<u>Ace</u>	<u>[Signature]</u> dr. Muhammad Hasan, MARS

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

**Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)**

Nama : _____
 Tanggal Lahir : _____ (L / P)*
 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	PEMASANGAN DOWER CATHETER Tindakan dilakukan oleh tenaga medis dengan teknik septik/aseptik dengan menggunakan alat dan bahan steril Selang steril kateter akan dimasukkan ke dalam saluran kemih sesuai Standar Prosedur Operasional RSIH yang berlaku	
4 Indikasi Tindakan Medical Procedure Indication	1. Pasien tidak sadar 2. Retensio urin (tidak bisa buang air kecil secara langsung) 3. Persiapan operasi	
5 Tujuan Purposes of the Procedure	Tindakan medis untuk mengeluarkan urin dari kandung dari kemih seseorang yang tidak dapat mengeluarkan urin secara spontan	
6 Risiko/Komplikasi Risks/Complications	1. Tidak nyaman 2. Nyeri 3. Pendarahan	
7 Prognosis Prognosis	Dubia ad bonam/kemungkinan baik	
8 Alternatif & Risiko Alternative & Risks	Alternatif : Kondom kateter/pispot/pampers Risiko : Resiko cairan urine tidak maksimal dan residu urine masih ada	
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.

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

*Coret yang tidak/Cross out if not necessary

001/F/RM/RSIH/XII/2021 (Rev.01)