



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP :
Nama Lengkap : Bagu Erlangga
Unit/Divisi/Komite : Acqua
No. Telepon/Ext : 2300
E-mail : bagu_ertangga12@gmail.com

Tanggal : 29 / 9 / 22

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
No/Kode Formulir : 056 / F / RM / RSJH / 18 / 2022
No/Kode RM : 3.7 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- I

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama :
Buffer stock :
Proses PO : 2 minggu
Waktu :

Paraf

a.g

aditya

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

untuk permohonan clinical meeting

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,

aditya

Tanda Tangan
Penerima,

aditya

Masukan/Saran


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

Logistik		Tanda Tangan	
<u>1/2 F4 1 ply</u>		<u>a.g</u> <u>aditya</u>	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
<u>Acc, lampirkan jumlah</u>		<u>29/9/22</u> <u>Dina Rusdianti</u> NIP. 14080267016	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
<u>Medic</u>		<u>aditya</u> <u>dr. Rudiyanto</u> Spk	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
<u>pergantian nomor RM</u> <u>1/2 F4</u>	<u>Hary</u> <u>Harry</u>	<u>ditandatangani</u>	<u>aditya</u> <u>aditya</u>
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
<u>Acc</u>	<u>aditya</u>	<u>Acc</u>	<u>13/9/22</u> <u>dr. Muhammad Hasyim MARS</u> NIP. 21110183633

(*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

Mohor Acc ketua bundik



Identitas Pasien (Diisi oleh PPA/Non PPA)

Nama :

Tanggal Lahir : (L / W)*

No. RM :

--	--	--	--	--	--

Ruangan/Kelas :

DPJP :

Penjamin :

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini

FORMULIR PERMOHONAN *CLINICAL MEETING*

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin : L / W)*

Alamat :

.....

.....

Sehubungan dengan perawatan yang sedang dilakukan terhadap saya/ saya* yang bernamaumur tahun/bulan*, saya mengajukan permohonan untuk dilakukan *clinical meeting* / pertemuan klinis terkait perawatan yang diberikan kepadanya dengan tujuan agar pihak keluarga mendapatkan informasi dari pihak petugas kesehatan berwenang yang tugaskan RS sesuai keahliannya dan secara komprehensif.


Demikian permohonan ini dibuat dengan sesungguhnya dalam keadaan sadar dan tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya bersedia mengikuti ketentuan dalam pelaksanaan *clinical meeting* tersebut.

Garut,

Pasien	Pemohon	Petugas RS
(.....) Nama jelas dan Tanda tangan	(.....) Nama Jelas dan Tanda Tangan	(.....) Nama Jelas dan Tanda Tangan

PERMOHONAN *CLINICAL MEETING*

*Coret yang tidak perlu



Identitas Pasien (Diisi oleh PPA/Non PPA)

Nama :

Tanggal Lahir : (L / W)*

No. RM :

--	--	--	--	--	--

Ruangan/Kelas :

DPJP :

Penjamin :

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini

FORMULIR PERMOHONAN *CLINICAL MEETING*

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :

Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin : L / W)*

Alamat :

.....

.....

Sehubungan dengan perawatan yang sedang dilakukan terhadap saya/ saya* yang bernamaumur tahun/bulan*, saya mengajukan permohonan untuk dilakukan *clinical meeting* / pertemuan klinis terkait perawatan yang diberikan kepadanya dengan tujuan agar pihak keluarga mendapatkan informasi dari pihak petugas kesehatan berwenang yang tugaskan RS sesuai keahliannya dan secara komprehensif.

Demikian permohonan ini dibuat dengan sesungguhnya dalam keadaan sadar dan tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya bersedia mengikuti ketentuan dalam pelaksanaan *clinical meeting* tersebut.

Garut,

Pasien	Pemohon	Petugas RS
(.....) Nama jelas dan Tanda tangan	(.....) Nama Jelas dan Tanda Tangan	(.....) Nama Jelas dan Tanda Tangan

PERMOHONAN *CLINICAL MEETING*

*Coret yang tidak perlu



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PERMOHONAN *CLINICAL MEETING*
056/F/RM/RSIH/IX/2022 (RM 3.7) - Rev.01**

1. PENGERTIAN

Formulir Permohonan *Clinical Meeting* adalah permohonan kepada Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP) serta semua Dokter yang merawat pasien untuk memberikan informasi medis kepada pasien dan keluarga pasien secara komprehensif.

2. TUJUAN

Sebagai media dokumentasi permohonan *clinical meeting*.

3. KEGUNAAN

Formulir dapat digunakan sebagai panduan bagi rumah sakit untuk permohonan privasi khusus.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Perawat/Bidan
- b. Formulir disediakan oleh Unit Logistik dengan meminta melalui PBR oleh setiap Unit Pelayanan/Ruang Perawatan

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Pasien atau keluarga pasien meminta kepada petugas atau kepada DPJP untuk *clinical meeting*.
- b. Petugas mempersiapkan formulir permohonan permohonan *clinical meeting*.
- c. Petugas mengarahkan pasien/ keluarga pasien untuk mengisi formulir.

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien	Diisi nama, tanggal lahir, jenis kelamin, No RM , ruangan/kelas, DPJP, dan penjamin atau dengan menempelkan stiker pasien	PPA/Non PPA
Identitas Penanggung Jawab Pasien/ Pasien	Diisi nama, tanggal lahir dan di sebutkan hubungan dengan pasien	Penanggung Jawab Pasien/Pasien
Identitas Kerabat	Diisi Nama lengkap	Penanggung Jawab Pasien/ Pasien
Tanda Tangan	Di tanda tangan dan di beri nama jelas	Penanggung Jawab Pasien, Perawat, Bidan, Pasien