



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 21090297588
Nama Lengkap : RAHMATI RAMADHAN
Unit/Divisi/Komite : ST21
No. Telepon/Ext : 2209
E-mail : ramadhanrahma@gmail.com

Tanggal : 11-02-2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
No/Kode Formulir : FORMULIR ASUTAH ST21
No/Kode RM : RM 11.5 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 3

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	8
Buffer stock :	3
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Revisi mengikuti template form RSIH yg baru disesuaikan dengan standar SNIAS

Komponen Perubahan

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

Perubahan isi dengan pengadangan bagian berdasarkan standar asuhan gigi dari pengkajian, diagnosa, intervensi gigi, rencana tindakan perawatan gigi serta tambahan sub. comparative standards waktu perhitungan keb. ST21

Tanda Tangan
Pemohon,

RAHMATI RAMADHAN

Tanda Tangan
Penerima,

Rani

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
Alasan Menerima Saran Perbaikan RM 11.5			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC konten. Revisi minor terlampir		Revisi Rani	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
ACC ..			
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Isian lebih lengkap	 Rani	NO FORM. 004/F/ST21/RSIH/11/2022 (Rev. 03)	 Rani
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC		ACC	

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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



Identitas Pasien (diisi Oleh Ahli Gizi)

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

PENGKAJIAN

RIWAYAT PERSONAL

Umur : Tahun Etnik/Agama: Kemampuan Baca:Bisa/Tidak
Pekerjaan:..... Pendidikan:..... Peran dalam Keluarga:.....
Keterbatasan Fisik:..... Mobilitas:..... Perokok: Ya/Tidak/Pasif
Riwayat Medis / Kesehatan Pasien/Keluarga:.....
Riwayat Sosial Ekonomi :.....

RIWAYAT GIZI DAN MAKANAN

Alergi Makanan:.....Pantangan Makanan:.....
Ketidaksukaan Makanan:.....
Pengalaman Diet/ Konseling Sebelumnya:Ada/Tidak*Bila ada.....

ANTROPOMETRI

Riwayat Penurunan BB: BB saat ini.....kg PB/TB.....cm
BB sebelumnya..... kg IMT..... kg/m2 Status Gizi:.....
Penurunan BB.....% Kurun waktumgg/Bln
Pengukuran lainnya:

BIOKIMIA TERKAIT GIZI

Prosedur:

FISIK KLINIS-GIZI

Atropi Otor lengan: Ada/Tidak Hilang Lemak Subkutan:Ada/Tidak Oedema:Ada/Tidak
Nafsu Makan: Baik/Tidak Mual: Ada/Tidak Muntah: Ada/Tidak
Kembung: Ada/Tidak Konstipasi:Ada/Tidak
Diare: Ada/Tidak Kulit:..... Kepala dan Mata:.....
Gigi geligi:.....
Gangguan Menelan: Ada/Tidak Gangguan Mengunyah: Ada/Tidak
Gangguan Menghisap: Ada/Tidak
Tanda-tanda Vital: Suhu..... °C Tekanan Darah.....mmHg Kesadaran:.....
Nadi...../mnt Respirasi...../mnt

Data lain:

COMPARATIVE STANDARDS

DIAGNOSIS GIZI	
INTERVENSI GIZI	
Tujuan	:
Preskripsi Diet	:
Bentuk Makanan :	
Jenis diet	:
Rute	:
Kebutuhan Gizi	:
a. Energi	:
b. Protein	:
c. Lemak	:
d. CHO	:
e. Lain-lain	:
Implementasi	:
Edukasi/Konseling	:
a. Materi	:
b. Media Sasaran	:
c. Target Intervensi	:
RENCANA MONITORING EVALUASI GIZI	
Keterangan: *Coret yang tidak perlu	
Tanggal..... Jam.....	
Ahli Gizi,	
()	
Nama Lengkap & Tanda Tangan	