

## FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

### DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 14100285045  
 Nama Lengkap : Lia Susilawati  
 Unit/Divisi/Komite : Kamar Operasi  
 No. Telepon/Ext : 1201  
 E-mail : lia.susilawati.2572@gmail.com

Tanggal : 05 Februari 2022

### DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru  
 No/Kode Formulir : 001/F/RM/RSIH/11/2022  
 No/Kode RM : 10.6910.4 (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 2

### Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : -  
 Buffer stock : -  
 Proses PO : 2 Minggu  
 Waktu :

Paraf

### Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

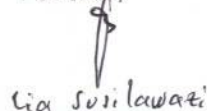
PAGE I  
 - Formulir sebelumnya kurang lengkap dan penempatan RM tidak sesuai barcode

### Komponen Perubahan

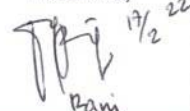
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

F4 Top 1,4 Left 1,6  
 Bottom 1,4 Right 0,6

Tanda Tangan  
Pemohon,

  
Lia Susilawati

Tanda Tangan  
Penerima,

  
Rani

### Masukan/Saran

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

#### Logistik

#### Tanda Tangan

AKAN DICATAT SEMUA PERUBAHAN



#### Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung

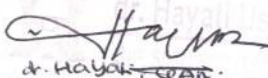
#### Tanda Tangan

AKU



#### Unit/Divisi/Komite

#### Tanda Tangan

  
dr. Muhammad Hasan, Sp. A

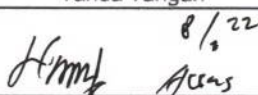
#### Rekam Medik

#### Tanda Tangan

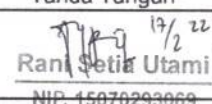
#### Kesekretariatan

#### Tanda Tangan

Isian form 1064 lengkap

  
8/22  
AKUS

NO. FORM & NO RM menggunakan  
no. form pemberian informasi 10.4  
001/F/RM/RSIH/11/2022

  
17/2 22  
Rani Setia Utami  
NIP. 15070293069

#### Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan

#### Tanda Tangan

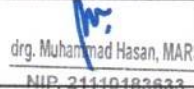
#### Direktur

#### Tanda Tangan

AKU




AKU

  
dr. Muhammad Hasan, Sp. A  
NIP. 21110183633

\*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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



**Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)**

Nama : \_\_\_\_\_

Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_ (L / W)\*

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 <i>(Type of information)</i>	ISI INFORMASI <i>(Content of information)</i>	TANDA (v)
1 Diagnosis (WD & DD) <i>Diagnosis (Working Diagnosis and Differential Diagnosis)</i>		
2 Dasar Diagnosis <i>Basic of Diagnosis</i>		
3 Tindakan Kedokteran/Tata Cara <i>Medical Procedure/Method</i>	<div><div><input type="checkbox"/> Anestesi Umum</div><div><input type="checkbox"/> Sedasi</div><div><input type="checkbox"/> Anestesi Spinal</div><div><input type="checkbox"/> Anestesi Epidural</div><div>Tata Cara :</div><div><input type="checkbox"/> Obat disuntikan ke dalam pembuluh darah, dihirup melalui paru-paru, atau dengan cara lain, dilakukan pemasangan alat bantu nafas</div><div><input type="checkbox"/> Obat disuntikan melalui jarum atau kateter yang ditempatkan ke dalam rongga sumsum tulang belakang atau rongga di dekatnya</div><div><input type="checkbox"/> Obat disuntikan ke jaringan sekitar saraf melalui kulit</div></div> <div><input type="checkbox"/> Kombinasi spinal + epidural</div> <div><input type="checkbox"/> Anestesi Kaudal</div> <div><input type="checkbox"/> Blok Saraf Perifer</div>	
4 Indikasi Tindakan <i>Medical Procedure Indication</i>	<div><input type="checkbox"/> Menghilangkan kesadaran selama prosedur atau tindakan pembedahan</div> <div><input type="checkbox"/> Menghilangkan nyeri selama prosedur atau tindakan pembedahan</div>	
5 Tujuan <i>Purposes of the Procedure</i>		
6 Risiko/Koplikasi <i>Risks/Complications</i>	<div><div><input type="checkbox"/> Nyeri Tenggorokan<input type="checkbox"/> Suara Sesak<input type="checkbox"/> Mual, Muntah<input type="checkbox"/> Nyeri Otot<input type="checkbox"/> Trauma Pada Daerah Mata<input type="checkbox"/> Reaksi Alergi<input type="checkbox"/> Luka Lecet Pada Daerah<input type="checkbox"/> Trauma Pada Gigi<input type="checkbox"/> Infeksi<input type="checkbox"/> Penyempitan Jalan Nafas<input type="checkbox"/> Pendarahan<input type="checkbox"/> Pembentukan Bekuan Darah</div><div><input type="checkbox"/> Awareness<input type="checkbox"/> Sakit Punggung<input type="checkbox"/> Kerusakan Otak<input type="checkbox"/> Kerusakan Saraf<input type="checkbox"/> Stroke<input type="checkbox"/> Kelumpuhan<input type="checkbox"/> Kematian<input type="checkbox"/> Penurunan Tekanan Darah<input type="checkbox"/> Peningkatan Tekanan Darah<input type="checkbox"/> Serangan Jantung<input type="checkbox"/> Gangguan Irama Jantung<input type="checkbox"/> Henti Jantung</div></div>	
7 Prognosis <i>Prognosis</i>		
8 Alternatif & Risiko <i>Alternative &amp; Risks</i>		
9 Lain-lain <i>Others</i>		

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.*

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..*

\*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.*

Dokter Pelaksana Tindakan

(.....)

Nama Jelas dan Tanda Tangan

Penerima Informasi

(.....)

Nama Jelas dan Tanda Tangan

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK

Keterangan :

\*Coret yang tidak/Cross out if not necessary

Beri tanda v pada ☐ yang dipilih

Bila pasien tidak kooperatif, maka penerima informasi dan pemberi persetujuan adalah keluarga terdekat atau wali

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