

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

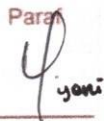
DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 14080290025
 Nama Lengkap : Resti Fauziah
 Unit/Divisi/Komite : Intensif Anak
 No. Telepon/Ext : 2205
 E-mail : restifauziah13@gmail.com

Tanggal : 15/8/2023

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan
 Judul Formulir : Formulir Hasil pemeriksaan OAE
 No/Kode Formulir : 166/F/RM/RSIH/VIII/2023
 No/Kode RM** : 6-10 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : 0

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	-
Buffer stock :	34
Proses PO :	2 anyu.
Waktu :	
Para :  Yoni	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Untuk menyimpan Hasil pemeriksaan OAE agar tidak terlewat

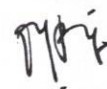
Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,

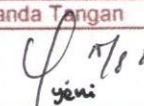
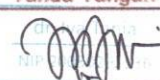

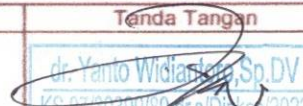

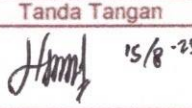
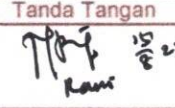
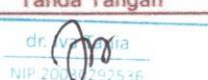



 Resti Fauziah A.Md. Kep
 503/6456/SIP/RS/RSIH/2017

Tanda Tangan
Penerima,


 Rani
 15/8/23

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
M 194		 Yoni	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC ditandatangani		 dr. Riki Vita Wisudiana, Sp.THT-KL 503/12798/436/RS/RSIH/2019	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
	 dr. Yanto Widiastika, Sp.DV KS.07/001399/RS/RSIH/2022	Revisi minor & tambahkan gulung	 NIP. 14080287016
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
penomoran sudah di sesuaikan	 15/8-23	dilengkapi gulung ditandatangani sesuai regulasi	 15/8-23 Rani
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC ditandatangani	 dr. Yanto Widiastika NIP. 20081292536		 dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama Bayi :
Tanggal Lahir : (L / W) *
No. RM :
Ruangan/Kelas : /
DPJP :
Penjamin :

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

Hari/ Tanggal pemeriksaan :

R

L

FORMULIR HASIL PEMERIKSAAN OAE

Hasil :

Rekomendasi :

Dokter yang memeriksa,

(.....)
Nama Lengkap Dan Tandatangan

* Coret yang tidak perlu



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR HASIL PEMERIKSAAN OAE
166/F/RM/RSIH/VIII/2023- RM 6.10 (Rev.00)**

1. PENGERTIAN

OAE (Otoacoustic Emissions) adalah gelombang yang dihasilkan oleh sel rambut halus bagian luar dari rumah siput, setelah diberi stimulus.

2. TUJUAN

Untuk pemeriksaan skrining tahap awal pada bayi dengan melihat kemungkinan terjadi gangguan ketulian atau tidak.

3. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Dokter Spesialis THT.KL.
- b. Semua perawat penanggung jawab pasien.
- c. Formulir disediakan oleh bagian logistik umum RSIH dan dapat diminta melalui pengadaan barang.

4. MEKANISME PENGISIAN

Pemeriksaan OAE dilakukan pada bayi baru lahir atau pada pasien dengan indikasi yang sesuai dengan SPO.

5. CARA PENGISIAN

Item Isian	Cara Pengisian	Petugas yang mengisi
Nama Pasien	Tuliskan nama pasien berdasarkan nama bayi contohnya By.X atau jika bayi baru lahir dan belum memiliki nama maka dapat digunakan nama ibu, contohnya By.Ny.X Ditulis menggunakan huruf kapital, dapat juga ditempel stiker identitas pasien.	Perawat/ditempel stiker
Tanggal Lahir	Tuliskan tanggal lahir bayi.	Perawat/ditempel stiker
Jenis Kelamin	Dilingkari sesuai dengan jenis kelamin bayi "L" untuk laki-laki dan "W" untuk wanita.	Perawat/ditempel stiker
No RM	Diisi no Rekam Medis sesuai bayi yang dikaji	Perawat/ditempel stiker
Ruangan	Tuliskan ruangan tempat bayi dirawat.	Perawat/ ditempel stiker
Dokter yang merawat	Tuliskan nama dokter yang merawat bayi.	Perawat/ ditempel stiker
Penjamin	Diisi penjaminnya siapa, misal asuransi dll	Perawat/ ditempel stiker

Item Isian	Cara Pengisian	Petugas yang mengisi
Hari/ Tanggal Pemeriksaan	Diisi dengan hari dan tanggal saat pemeriksaan dilakukan	Perawat/ Dokter
Kolom R	Kolom R (<i>Right</i>) ditempel hasil dari pemeriksaan telinga sebelah kanan.	Perawat/ Dokter
Kolom L	Kolom L (<i>Left</i>) ditempel hasil dari pemeriksaan telinga sebelah kiri.	Perawat/ Dokter
Kolom Hasil	Diisi dengan interpretasi/ bacaan hasil dari pemeriksaan telinga kiri dan kanan.	Dokter Sp.THT.KL
Rekomendasi	Diisi dengan rekomendasi atau tindak lanjut dari dokter atas hasil pemeriksaan yang sudah dilakukan.	Dokter Sp.THT.KL
Dokter yang memeriksa	Diisi dengan nama jelas dan tandatangan dokter yang melakukan pemeriksaan.	Dokter Sp.THT.KL