

## FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

### DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : \_\_\_\_\_  
 Nama Lengkap : Elis Dida Junica  
 Unit/Divisi/Komite : Rawat Jalan / Pelayanan  
 No. Telepon/Ext : 2113  
 E-mail : \_\_\_\_\_

Tanggal : 5/8/2022

### DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru  
 No/Kode Formulir : 003/RS/RSIH/VIII/2022  
 No/Kode RM : \_\_\_\_\_ (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : \_\_\_\_\_ Revisi ke- : \_\_\_\_\_

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama : _____	
Buffer stock : _____	
Proses PO : <u>2 MW00</u>	
Waktu : _____	
Paraf <u>[Signature]</u> 5/8/22	

### Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
dibersihkan dengan adanya penamaan layanan  
portable rehabilitasi medis

### Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan  
Pemohon,

Elis Dida Junica, A.Md.Kep  
 50310330/SIPP.277/Dinkes/2022

Tanda Tangan  
Penerima,

[Signature] 5/8/22  
Rani Setia Utami  
 NIP. 15070293069

### Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
<u>ukuran 1/2 M 1 P17</u>		<u>[Signature]</u> 5/8/22	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
<u>Atas.</u>		<u>[Signature]</u>	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
<u>Atas digalakan.</u>		<u>[Signature]</u> dr. Muklis, Sp.KFR	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
<u>form tidak menggunakan no.rm</u>	<u>[Signature]</u> 5/8-22	<u>Ditandatangani</u>	<u>[Signature]</u> 5/8/22 Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
<u>Atas</u>	<u>[Signature]</u> Iva Rania	<u>Atas</u>	<u>[Signature]</u> dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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


SPO supaya disiphe

# PROGRAM REHABILITASI MEDIK

Diagnosis Fungsi :

Diagnosis Medis :

## Terapi

R/	Nama :	<b>An. M HAFIDZ JAUHARI</b>			
	Tanggal Lahir :	26 Jan 2012 / 10 Thn			
	No. Rekam Medis :	LAKI-LAKI 079617			
	Ruangan Ranap :	IGD			
	Dokter :	dr. Adhitya Purnama Putra			
	Penjamin :	Umum			
Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu

No.	Terapi	Tanggal	Dokter	Terapis	Pasien

Evaluasi kembali ke dokter Sp.KFR	
Dokter & TTD	



## TATA CARA PENGISIAN

### FORMULIR PROGRAM REHABILITASI MEDIK

**016/F/RM/RSIH/I/2022 -- RM 2.2 (Rev.00)**

#### 1. PENGERTIAN

Formulir program rehabilitasi medik adalah berkas yang berisikan informasi pasien, diagnosis fungsi, diagnosis medis, serta intruksi lanjutan pasien yang akan dilayani di Unit Rawat Jalan.

#### 2. TUJUAN

Untuk memberikan informasi kepada pasien tentang program dan jenis fisioterapi yang sudah dijadwalkan oleh dokter.

#### 3. KEGUNAAN

Form dibawa oleh pasien saat control ke klinik Rehabilitasi Medik di Unit Rawat Jalan.

#### 4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Dokter Spesialis dan fisioterapis di Unit Rawat Jalan

#### 5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh dokter, fisioterapis dan pasien di Unit Rawat Jalan

#### 6. CARA PENGISIAN

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
Diagnosis fungsi	Di isi diagnose fungsi hasil dari pemeriksaan dokter atau nomor ICD	Dokter	Di isi lengkap
Diagnosis medis	Di isi diagnose medis hasil dari pemeriksaan dokter	Dokter	Di isi lengkap



Terapi	Di isi rencana Tindakan fisioterapi	Dokter	Di isi lengkap
Kolom Identitas Pasien	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.	Perawat	Jika stiker tidak tersedia, diisi secara manual
Nama	Diisi nama lengkap pasien sesuai dengan yang tertulis pada formulir pendaftaran, dengan menggunakan huruf kapital	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal lahir	Diisi tanggal, bulan dan tahun lahir pasien	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
No. Rekam Medis	Diisi nomor rekam medik pasien pada kotak yang disediakan	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Ruangan Ranap	Diisi Nama Klinik yang dituju	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien
Dokter	Diisi nama dokter DPJP yang menangani pasien	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien
Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien
Hari	Di lingkari sesuai hari terapi pasien	Dokter	Di isi lengkap
No	Di isi nomor sesuai urutan	Dokter	Di isi lengkap
Terapi	Diisi rencana tindakan fisioterapi	Dokter	Di isi lengkap
Tanggal	Di isi tanggal dilakukan pada tanggal tersebut	Dokter	Di isi lengkap
Dokter	Di isi paraf dokter yang melakukan pemeriksaan	Dokter	Di isi lengkap
terapis	Di isi paraf fisioterapis yang melakukan tindakan	Fisioterapis	Di isi lengkap
Pasien	Di isi paraf pasien yang akan/sudah dilakukan tindakan	Pasien	Di isi lengkap
Evaluasi	Di isi tanggal evaluasi kembali ke Poli Rehabilitasi Medik	Dokter	Di isi lengkap
Dokter dan TTD	Di tanda tangan dan dibubuhi cap dokter	Dokter	Di isi lengkap