

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR


DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 14 090 290041
 Nama Lengkap : Desy Dwi W
 Unit/Divisi/Komite : Pelmed
 No. Telepon/Ext :
 E-mail : pm.rsih@gmail.com

Tanggal : 05/09/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 002/F/RM/RSIH/IX/2022
 No/Kode RM : - (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : 1

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	-
Buffer stock :	-
Proses PO :	-
Waktu :	
Paraf  Rani	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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


Perubahan formulir curi /izin tidak praktik
 dengan menghapus ttd arasan langsung / tdk langsung
 dan komdik menjadi pemohon dan manajer pelmed.

Komponen Perubahan


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

- Identitas (perubahan)
 - penambahan keterangan khusus dokter full timer, untuk partner sesuai yg diib
 - tidak dilakukan penetakan di Logistik
- (cukup di print) di Unit Rgpl dan Unit Kamar Operasi

Tanda Tangan
Pemohon,

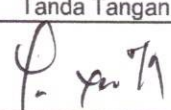
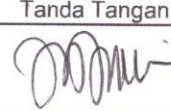
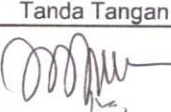
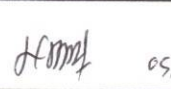
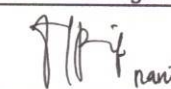
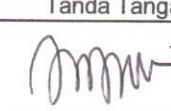

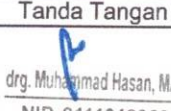

Desy Dwi W.

Tanda Tangan
Penerima,


Rani


Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
Di Print sesuai kebutuhan		 Rani	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Atc Dikindablangmt		 Rani	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Atc		 Rani	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Form tidak memakai no rm.	 05/09/22	No. Form 002/F/YANMED/RSIH/IX/2022	 Rani
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Atc			 drg. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

	FORM CUTI/IZIN TIDAK PRAKTIK STAF MEDIS (Pengajuan izin/cuti tidak praktik maksimal H-3)
NAMA : _____ SPESIALISASI : _____ TANGGAL PENGAMBILAN CUTI : _____	
JENIS CUTI : <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Melahirkan *) <input type="checkbox"/> Sakit*) (Khusus Staf Medis Full Timer) <input type="checkbox"/> Khusus <input type="checkbox"/> Keguguran *) <input type="checkbox"/> Izin di luar tanggungan	

KEPERLUAN (Khusus Staf Medis Full Timer)	
Jatah cuti reguler _____ Jumlah cuti yang diambil _____ Sisa cuti reguler _____	Alasan Cuti _____ _____ _____

DELEGASI TUGAS (beri tanda √ pada kotak <input type="checkbox"/> sesuai tugas yang akan didelegasikan selama cuti)			
<input type="checkbox"/> KLINIK	<input type="checkbox"/> VISITE	<input type="checkbox"/> ON-CALL	<input type="checkbox"/> JAGA
Tanggal : _____	Tanggal : _____	Tanggal : _____	Tanggal : _____
Penerima delegasi : _____	Penerima delegasi : _____	Penerima delegasi : _____	Penerima delegasi : _____
TTD _____	TTD _____	TTD _____	TTD _____


*) Lampirkan surat keterangan dokter

Menyetujui,
Manajer Pelayanan Medik

Garut,
Pemohon

.....

002/F/YANMED/RSIH/IX/2022 (Rev.01)

	FORM CUTI/IZIN TIDAK PRAKTIK STAF MEDIS (Pengajuan izin/cuti tidak praktik maksimal H-3)		
NAMA : _____ SPESIALISASI : _____ TANGGAL PENGAMBILAN CUTI : _____			
JENIS CUTI : <input type="checkbox"/> Tahunan <input type="checkbox"/> Melahirkan *) <input type="checkbox"/> Sakit*) (Khusus Staf Medis Full Timer) <input type="checkbox"/> Khusus <input type="checkbox"/> Keguguran *) <input type="checkbox"/> Izin di luar tanggungan			
KEPERLUAN (Khusus Staf Medis Full Timer)			
Jatah cuti reguler _____ Jumlah cuti yang diambil _____ Sisa cuti reguler _____	Alasan Cuti _____ _____ _____		
DELEGASI TUGAS (beri tanda √ pada kotak <input type="checkbox"/> sesuai tugas yang akan didelegasikan selama cuti)			
<input type="checkbox"/> KLINIK	<input type="checkbox"/> VISITE	<input type="checkbox"/> ON-CALL	<input type="checkbox"/> JAGA
Tanggal : _____	Tanggal : _____	Tanggal : _____	Tanggal : _____
Penerima delegasi : _____	Penerima delegasi : _____	Penerima delegasi : _____	Penerima delegasi : _____
TTD _____	TTD _____	TTD _____	TTD _____

*) Lampirkan surat keterangan dokter

Menyetujui,
Manajer Pelayanan Medik

Garut,
Pemohon

.....

002/F/YANMED/RSIH/IX/2022 (Rev.01)



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR CUTI/TIDAK PRAKTIK STAF MEDIS
002/F/YANMED/RSIH/IX/2022 (Rev.01)**

1. PENGERTIAN

Formulir Cuti/Tidak Praktik Staf Medis adalah berkas berisikan informasi mengenai pengajuan cuti dokter yang diajukan oleh Dokter kepada Direktur RS Intan Husada.

2. TUJUAN

Untuk memberikan informasi ketika ada dokter yang tidak praktik, *visite* dan cuti sementara yang akan di informasikan kepada semua unit pelayanan dan keperawatan.

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan untuk pemberian informasi terkait pelayanan kedokteran disemua unit pelayanan dan keperawatan.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Staf Medis
- b. Distribusi Form Cuti/Tidak Praktik Staf Medis akan diberikan kepada semua unit pelayanan dan keperawatan.

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Form Cuti/Tidak Praktik Staf Medis diisi Dokter
- b. Pengisian Identitas Pemohon Form Cuti Dokter diisi oleh Dokter yang akan mengajukan cuti.

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas		
Nama	Diisi nama dokter yang akan mengajukan cuti	Staf Medis
Spesialisasi	Diisi spesialisasi dokter umum/gigi umum/gigi spesialis/spesialis/subspesialis	Staf Medis
Tanggal Pengambilan Cuti	Diisi sesuai dengan tanggal mengajukan cuti	Staf Medis
Jenis Cuti (<i>Khusus Dokter Full Timer</i>)		
1. Tahunan 2. Khusus 3. Melahirkan 4. Keguguran 5. Sakit 6. Izin	Diisi dengan tanda ceklis sesuai dengan kebutuhan cuti yang akan diambil	Staf Medis
Keperluan (<i>Khusus Dokter Full Timer</i>)		
Jatah Cuti Reguler	Diisi dengan jatah cuti sesuai ketentuan dari SDM (<i>khusus dokter full timer</i>)	Staf Medis
Jumlah Cuti yang Diambil	Diisi sesuai dengan jumlah cuti yang akan diambil sesuai dengan pengajuan	Staf Medis
Sisa Cuti Regular	Diisi dengan sisa jatah cuti sesuai ketentuan dari SDM (<i>khusus dokter full timer</i>)	Staf Medis
Alasan Cuti		
Alasan Cuti	Diisi sesuai dengan alasan pengambilan cuti	Staf Medis
Delegasi Tugas		
1. Klinik 2. Visite 3. On-Call 4. Jaga	Diisi tanggal, penerima delegasi (nama dokter) dan tanda tangan sesuai dengan tugas yang akan didelegasikan selama cuti	Staf Medis
Tanda Tangan	Pemohon (yang mengajukan permohonan izin/tidak praktik cuti)	Staf Medis
	Manajer Pelayanan Medik (yang menyetujui pengajuan cuti/izin tidak praktik Staf Medis)	Direktur