

# **FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR**

## **DATA IDENTITAS PEMOHON**

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

Tanggal : 30/9/2022

## **DATA FORMULIR TERKAIT**

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan  
 Judul Formulir : Sistem Laporan Kasus Bayi & Bayi Sempu  
 No/Kode Formulir : 025 / F / RM / ISH / IX / 2022  
 No/Kode RM\*\* : b.1 (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : -

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	0
Buffer stock :	5
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Ibu	
Paraf	g.h

## **Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir**

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

Perubahan nomor rekam medis

## **Komponen Perubahan**

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

Nomor rekam medis

Tanda Tangan  
Pemohon,

Resti Fauziah, A.Md. Kep  
503/6456/SIPP/89/Diskes/2017

Tanda Tangan  
Penerima,

Rani Setia Utami  
NIP. 15070293069

## **Masukan/Saran**

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

Logistik			Tanda Tangan
F4 1 ply			g.h
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung			Tanda Tangan
Ace Revisi			g.h
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		/	
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
penggantian nomor formulir dibuat F4.	Hamid Fauz	no. formulir disesuaikan.	Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACG	ACG	ACG	dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110100033

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\*) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

001/F/SEKRE/RSIH/IX/2022(Rev.01)

**Identitas Pasien** *(Diisi oleh Perawat)*

Nama : .....

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

No. RM :      

Ruangan/Kelas : .....

DPJP : .....

Penjamin : .....

*Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini***SIDIK TELAPAK KAKI BAYI DAN SIDIK JEMPOL TANGAN IBU****SIDIK TELAPAK KAKI SEBELAH  
KIRI BAYI****SIDIK TELAPAK KAKI SEBELAH  
KANAN BAYI****SIDIK JEMPOL TANGAN  
KIRI IBU****SIDIK JEMPOL TANGAN  
KANAN IBU****FORMULIR SIDIK TELAPAK KAKI BAYI**

Garut, .....20.....

(dr. ....)

*Nama Jelas dan Tanda Tangan*