

# FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

## DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 5020193059  
 Nama Lengkap : Budi Adi Nuralam  
 Unit/Divisi/Komite : Umum  
 No. Telepon/Ext :  
 E-mail : adhinuralam25@gmail.com

Tanggal : 25 Januari 2023

## DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan  
 Judul Formulir : Distribusi tabung oksigen  
 No/Kode Formulir : 020/FIUM/RSIH/1/2023  
 No/Kode RM\*\* :  
 Bulan Revisi Terakhir : (untuk form medis)  
 Revisi ke- :

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	0
Buffer stock :	10
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf	

## Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
 untuk melengkapi data dalam pendistribusian oksigen

## Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan  
Pemohon,


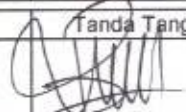

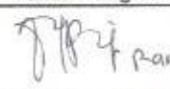

  
 Budi Adi Nuralam

Tanda Tangan  
Penerima,

  
 Penerima

## Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
Cetak 1/2 F4 3 ply NCR			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		umum & com	
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
		Dikirim langsung	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
		ACC	 drg. Muhammad Hasbi MARS NIP. 211401000000

\*Catatan : Wajib Melampirkan Draft

\*\* Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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

**TATA CARA PENGISIAN  
FORMULIR DISTRIBUSI TABUNG OKSIGEN  
020/F/UM/RSIH/II/2023 (Rev.00)**

**1. PENGERTIAN**

Formulir distribusi tabung oksigen adalah berkas berisikan informasi dan data distribusi tabung oksigen di RS Intan Husada.

**2. TUJUAN**

Untuk memberikan informasi terkait kegiatan hasil distribusi tabung oksigen di RS Intan Husada

**3. KEGUNAAN**

Formulir digunakan untuk bukti dokumentasi kegiatan distribusi tabung oksigen di RS Intan Husada .

**4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN**

Semua petugas PSP

**5. MEKANISME PENGISIAN**

- a. Formulir diisi oleh petugas PSP
- b. Semua kolom wajib diisi

**6. CARA PENGISIAN**

Item yang diisi	Cara Pengisian	Yang Mengisi
Nama Ruangan	Diisi sesuai dengan nama ruangan	Diisi oleh Petugas PSP
Nomor Tabung	Diisi sesuai dengan nomor tabung oksigen	Diisi oleh Petugas PSP
Warna Tabung	Diisi sesuai dengan warna tabung	Diisi oleh Petugas PSP
Tanggal	Diisi sesuai dengan tanggal permintaan pengisian tabung	Diisi oleh Petugas Ruangan
Petugas Ruangan	Diisi sesuai dengan nama petugas ruangan yang melakukan permintaan pengisian tabung oksigen	Diisi oleh Petugas Ruangan
Paraf Petugas Ruangan	Ditandatangani oleh petugas ruangan	Diisi oleh petugas ruangan
Nama Petugas Pengirim	Diisi sesuai dengan nama petugas PSP yang melakukan pendistribusian oksigen	Diisi oleh petugas PSP

---

Paraf Petugas Pengirim	Ditandatangani oleh petugas PSP	Diisi Oleh petugas ruangan
Jenis Tabung	Diisi sesuai dengan kapasitas tabung oksigen yang akan dilakukan pengisian	Diisi oleh petugas PSP
Keterangan	Diisi oleh petugas ruangan dan petugas PSP, bila diperlukan	Diisi oleh petugas ruangan dan petugas PSP



FORMULIR DISTRIBUSI TABUNG OKSIGEN  
RUMAH SAKIT INTAN HUSADA GARUT

Nama Ruangan :  
No Tabung :  
Warna Tabung :

No	Tanggal	Nama Petugas Ruangan	Paraf Petugas Ruangan	Nama Petugas Pengirim	Paraf Petugas Pengirim	Jenis Tabung	Kapasitas Tabung	Keterangan
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								