



FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 1508029074
Nama Lengkap : Hinda Setiawati
Unit/Divisi/Komite : Intensif Den212
No. Telepon/Ext : 2201
E-mail :

Tanggal : 30/09/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Checklist Infomed Contact Pasien Baru Mark with Intensif
No/Kode Formulir : 089/RM/RSIH/IX/2022
No/Kode RM** : RM 12.8 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : 01

Logistik Formulir
(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 0
Buffer stock : 5
Proses PO : 2 minggu
Waktu :

Paraf
a.g

Aditya

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Update Formulir & pengubahan NO. RM

Komponen Perubahan

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

NO. RM

Tanda Tangan
Pemohon,

Hinda Setiawati

Tanda Tangan
Penerima,

Pani 21/10/22

Masukan/Saran

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

Logistik

Y2 F4 1 ply

Tanda Tangan

a.g
Aditya

Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung

Ace Revisi

Tanda Tangan

Pani

Panitia Rekam Medik**

Tanda Tangan

Unit/Divisi/Komite

Tanda Tangan

pengantian nomor RM
di buat F4

ACC

a.g
Depi R.

Rekam Medik**

Tanda Tangan

Kesekretariatan

Tanda Tangan

pengantian nomor RM
F4

Hinda Setiawati

Ditindaklanjuti sesuai dg
penomoran baru

Pani 21/10/22

Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**

Tanda Tangan

Direktur

Tanda Tangan

ACC

Pani

dr. Muhammad Hasan MARS
NIP 21110183632

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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

Nama Pasien : (L / W) *
 Tanggal Lahir : - -
 No. RM :
 Ruang / Kelas :
 DPJP :
 Penjamin :
 Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien Disini

FORMULIR CHECKLIST INFORMED CONSENT PASIEN BARU MASUK UNIT INTENSIF

CHECKLIST INFORMED CONSENT PASIEN BARU MASUK UNIT INTENSIF

NO	JENIS INFORM CONSENT TINDAKAN	INFORM		CONSENT	
1	Pemasangan Dower Catheter (DC)	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Persetujuan	<input type="checkbox"/> Penolakan
2	Pemasangan Nasogastrik Tube (NGT)	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Persetujuan	<input type="checkbox"/> Penolakan
3	Pemasangan Infus	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Persetujuan	<input type="checkbox"/> Penolakan
4	Pemasangan Catheter Vena Central (CVC)	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Persetujuan	<input type="checkbox"/> Penolakan
5	Pemasangan Endotracheal Tube (ETT)/Intubasi	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Persetujuan	<input type="checkbox"/> Penolakan
6	Tindakan Resusitasi Jantung Paru (RJP)	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Persetujuan	<input type="checkbox"/> Penolakan
7	Tindakan Defibrilator	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Persetujuan	<input type="checkbox"/> Penolakan
8	Tindakan Infus Umbilikal	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Persetujuan	<input type="checkbox"/> Penolakan
9		<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Persetujuan	<input type="checkbox"/> Penolakan
10		<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Persetujuan	<input type="checkbox"/> Penolakan
11		<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Persetujuan	<input type="checkbox"/> Penolakan

nggal/Pukul : / / 20..... Jam : : V

PJ Shift/Ka.Tim

PPJA

(Tanda Tangan dan Nama Jelas)

(Tanda Tangan Dan Nama Jelas)



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR CHECKLIST INFORM CONSENT
PASIEN BARU MASUK UNIT INTENSIF
084/F/RM/RSIH/IX/2022 -- RM (Rev.01)**

1. PENGERTIAN

Formulir Checklist inform consent pasien baru masuk unit intensif adalah berkas yang mendokumentasikan list/daftar seluruh kegiatan pemberian informasi dan persetujuan/penolakan jenis tindakan kepada pasien/wali pasien yang kemungkinan tindakan tersebut dapat dilakukan di unit intensif.

2. TUJUAN

Sebagai bukti telah dilakukan inform consent dan dapat melakukan tindakan yang telah disetujui oleh pasien/wali pasien.

3. KEGUNAAN

Mendokumentasikan list/daftar pemberian informasi dan persetujuan/penolakan jenis tindakan.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Perawat Unit Gawat darurat.

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh PPJA.

6. CARA PENGISIAN

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
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 lahir pasien	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Jenis kelamin (L/W)	Dilingkari pada huruf yang sesuai dengan jenis kelamin pasien "L" untuk laki laki, "W" untuk wanita	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
No. RM	Diisi nomor rekam medik pasien pada kotak yang disediakan	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.

Ruang/Kelas	Diisi nama Ruangan/kelas yang sedang ditempati oleh pasien	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Dokter yang merawat	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.
No	Berisi nomor setiap jenis tindakan	Perawat	Tercantum Di Formulir
Jenis Inform Consent Tindakan	Berisi Jenis-jenis tindakan yang kemungkinan dapat dilakukan di unit intensif	Perawat	Tercantum Di Formulir
Inform	Diisi dengan menuliskan ceklis pada kolom pilihan "Ya" jika telah melakukan pemberian informasi tindakan dan "Tidak" jika tidak melakukan pemberian informasi tindakan yang tercantum di formulir.	Perawat	Diisi setelah melakukan pemberian informasi tindakan kepada pasien/Wali Pasien
Consent	Diisi dengan menuliskan ceklis pada kolom pilihan "Persetujuan" jika pasien/wali pasien menyetujui untuk dilakukan tindakan tersebut dan "Penolakan" jika pasien/wali pasien menolak untuk dilakukan tindakan yang tercantum di formulir.	Perawat	Diisi setelah melakukan pemberian informasi tindakan kepada pasien/Wali Pasien
Tanggal/Pukul	Diisi dengan menuliskan Tanggal (dd/mm/yyyy) dan jam dilakukan Inform Consent.	Perawat	Diisi setelah melakukan pemberian informasi tindakan kepada pasien/Wali Pasien
PJ shift/Ka.Tim	Diisi dengan menuliskan Tanda Tangan dan Nama jelas PJ Shift/Ka.Tim	Perawat	Diisi setelah melakukan pemberian informasi tindakan kepada pasien/Wali Pasien