

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 1508029074
 Nama Lengkap : Hinda Setrawati
 Unit/Divisi/Komite : Intensif Dewasa
 No. Telepon/Ext : 240
 E-mail :

Tanggal : 08/03/2023

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 150/F/PM/RSIH/III/2023
 No/Kode RM : 2.9.24 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : -

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

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

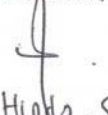
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Memperbaiki saat melakukan informed consent

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,

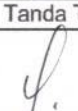
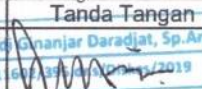
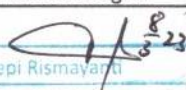
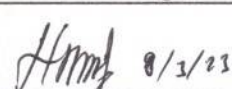
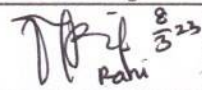
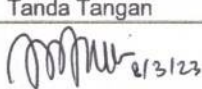


Hinda - S

Tanda Tangan
Penerima,


Rani

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
Fu IPH			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
		 <div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; font-size: small;">dr. Dhadhannanjar Daradjat, Sp.An 503/11601.391/011/2019</div>	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Ace		 <div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; font-size: small;">Depi Rismayanti NIP. 1405125/016</div>	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesejahteraan	Tanda Tangan
Rekam medis sudah disesuaikan	 8/3/23	Dibawakan	 8/3/23
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC	 8/3/23	ACC	 <div style="border: 1px solid blue; padding: 2px; font-size: small;">drg. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633</div>

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

**Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)**

Nama :
 Tanggal Lahir : (L / W)*
 No. RM :
 Ruangan/Kelas : /
 Dokter yang merawat :
 Penjamin :
 Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK*Medical Procedure Information***PEMBERIAN INFORMASI (Provision of Information)**

Dokter Pelaksana Tindakan/*Medical staff conducting procedure* :
 Pemberi Informasi/*information provider* :
 Penerima Informasi/Pemberi persetujuan* :
Information receive/consent provider

JENIS INFORMASI (Type of information)	ISI INFORMASI (Content of information)	TANDA (v)
1 Diagnosis (WD & DD) Diagnosis (Working Diagnosis and Differential Diagnosis)		
2 Dasar Diagnosis Basic of Diagnosis		
3 Tindakan Kedokteran/Tata Cara Medical Procedure/Method	Pemasangan Restrain Farmakologi <input type="checkbox"/> Restriksi/Pembatasan yang disengaja terhadap gerakan atau perilaku pasien dengan menggunakan obat-obatan karena sudah tidak bisa diatasi dengan pembatasan fisik dan mekanis	
4 Indikasi Tindakan	<input type="checkbox"/> Pasien menunjukkan perilaku yang berisiko membahayakan dirinya, orang lain dan lingkungan <input type="checkbox"/> Perilaku yang dimaksudkan seperti tindakan diluar kendali yang tidak disadari atau tidak disengaja atau sebagai suatu reflek	
5 Tujuan Purposes of the Procedure	<input type="checkbox"/> Membatasi aktifitas fisik <input type="checkbox"/> Mencegah bahaya kepada pasien dan orang lain <input type="checkbox"/> Mencegah kerusakan lingkungan pasien <input type="checkbox"/> Membantu mengatasi perilaku agitasi (gelisah) yang tidak dapat dikendalikan dengan pengobatan <input type="checkbox"/> Mengurangi jumlah stimulasi yang diterima pasien	
6 Risiko/Komplikasi Risks/Complications	<input type="checkbox"/> Penurunan tekanan darah <input type="checkbox"/> Penurunan denyut jantung <input type="checkbox"/> Gangguan pernafasan <input type="checkbox"/> Penurunan kesadaran <input type="checkbox"/> Muntah dan aspirasi <input type="checkbox"/> Sumbatan jalan nafas	
7 Prognosis Prognosis		
8 Alternatif & Risiko Alternative & Risks	<input type="checkbox"/> Pemberian sedasi dalam <input type="checkbox"/> Memerlukan alat ventilasi mekanik	
9 Lain-lain Others		

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi.
Herewith stated that I have explain all information above correctly and clearly and provide opportunity to inquiries and/or discussion.

Dokter Pelaksana Tindakan

(.....)

Nama Jelas dan Tanda Tangan

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya.
Herewith stated that I have explain all information as mentioned above with my initials or sign on the right column, and have understand it..

Penerima Informasi

(.....)

Nama Jelas dan Tanda Tangan

*Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat. *If the patient incompetent or unable to receive information, the information receiver assigned to patient's custodion or next of kin.*

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK