

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

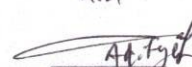
DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 1080291074
 Nama Lengkap : Intenif Dewasa
 Unit/Divisi/Komite : Hinda Setiawati
 No. Telepon/Ext : 2201
 E-mail :

Tanggal : 30/09/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
 Judul Formulir : Perbaikan dan Mutasi Alat Canggih & obat khusus
 No/Kode Formulir : 083/F/RM/RSIH/IX/2022
 No/Kode RM** : RM 12.7 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke : 01

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)
Jumlah stok formulir lama : 19
Buffer stock : 5
Proses PO : 2 minggu
Waktu :
Paraf a.n 

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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


Snapping Formulir & pengantian NO. RM

Komponen Perubahan

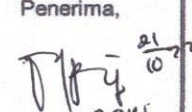
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

NO. RM

Tanda Tangan
Pemohon,

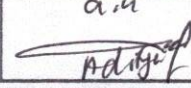
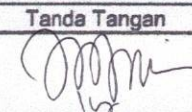
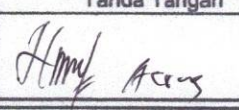
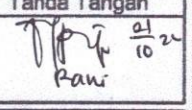
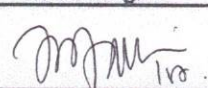

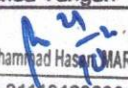

Hinda - Setiawati

Tanda Tangan
Penerima,


A. T. G.

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
F4 1 ply		a.n 	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC Revisi			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		ACC	a.n Depi R.
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
pergantian rekam RM dibuat F4.		Berdasarkan dengan penomoran baru.	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC			

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

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

PERSETUJUAN ALAT CANGGIH DAN OBAT KHUSUS

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Laki-laki Perempuan
Tempat dan Tanggal lahir :
Pekerjaan :
Alamat :
No Identitas diri *KTP/SIM :
Selaku *pasien / penanggung jawab pasien, mengerti sepenuhnya atas penjelasan dokter RS.Intan Husada dalam upaya membantu menegakan diagnosa dan/atau memberikan terapi terhadap pasien :

Nama :
Tempat dan Tanggal lahir :
Ruang/Kamar :
No Identitas diri *KTP/SIM :
Selaku *pasien / penanggung jawab pasien, mengerti sepenuhnya atas penjelasan dokter RS.Intan Husada dalam upaya membantu menegakan diagnosa dan/atau memberikan terapi terhadap pasien :

NO	JENIS INFORM CONSENT	INFORM		CONSENT	
1		Ya	Tidak	Persetujuan	Penolakan
2		Ya	Tidak	Persetujuan	Penolakan
3		Ya	Tidak	Persetujuan	Penolakan
4		Ya	Tidak	Persetujuan	Penolakan
5		Ya	Tidak	Persetujuan	Penolakan
6		Ya	Tidak	Persetujuan	Penolakan
7		Ya	Tidak	Persetujuan	Penolakan
8		Ya	Tidak	Persetujuan	Penolakan
9		Ya	Tidak	Persetujuan	Penolakan
10		Ya	Tidak	Persetujuan	Penolakan

Saya juga telah diberitahu oleh pihak RSIH tentang besarnya biaya dari penggunaan obat khusus/Alat canggih tersebut, dan saya menyatakan sanggup untuk melunasi biaya-biaya tersebut.

Demikian persetujuan ini dibuat dengan sebenarnya, tanpa tekanan dari siapapun dan dari pihak manapun tetapi semata-mata untuk kebaikan dan kesembuhan pasien.

Tanggal/Pukul : / 20... Jam : : WIB

*Pasien / Keluarga Pasien

PJ Shift/Ka.Tim

Admin

(Tanda Tangan dan Nama Jelas)

(Tanda Tangan dan Nama Jelas)

(Tanda Tangan Dan Nama Jelas)

FORMULIR PERSETUJUAN ALAT CANGGIH DAN OBAT KHUSUS



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PERSETUJUAN ALAT CANGGIH DAN OBAT KHUSUS
083/F/RM/RSIH/IX/2022 -- RM (Rev.01)**

1. PENGERTIAN

Formulir Persetujuan alat canggih dan obat khusus adalah berkas yang mendokumentasikan list/daftar seluruh kegiatan pemberian informasi dan persetujuan/penolakan sewa alat canggih atau pemberian obat khusus kepada pasien/wali pasien yang akan diberikan kepada pasien.

2. TUJUAN

Sebagai bukti telah dilakukan inform consent sewa alat atau pemberian obat khusus yang telah disetujui oleh pasien/wali pasien.

3. KEGUNAAN

Mendokumentasikan list/daftar pemberian informasi dan persetujuan/penolakan sewa alat atau pemberian obat khusus.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Petugas Administrasi dan Perawat.

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh Petugas Administrasi dan Perawat.

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.
Nama	Diisi dengan menuliskan nama jelas penanggung jawab/wali pasien	Pasien/ Keluarga pasien	Diisi setelah melakukan pemberian informasi sewa alat atau pemberian obat khusus kepada pasien/Wali Pasien
Tempat dan Tanggal Lahir	Diisi dengan menuliskan Tempat lahir dan tanggal lahir penanggung jawab/wali pasien	Pasien/ Keluarga pasien	Diisi setelah melakukan pemberian informasi sewa alat atau pemberian obat khusus kepada pasien/Wali Pasien
Pekerjaan	Diisi dengan menuliskan pekerjaan penanggung jawab/wali pasien	Pasien/ Keluarga pasien	Diisi setelah melakukan pemberian informasi sewa alat atau pemberian obat khusus kepada pasien/Wali Pasien
Alamat	Diisi dengan menuliskan Alamat lengkap penanggung jawab/wali pasien	Pasien/ Keluarga pasien	Diisi setelah melakukan pemberian informasi sewa alat atau pemberian obat khusus kepada pasien/Wali Pasien
No Identitas diri KTP/SIM	Diisi dengan menuliskan Nomor KTP/SIM penanggung jawab/wali pasien	Pasien/ Keluarga pasien	Diisi setelah melakukan pemberian informasi sewa alat atau pemberian obat khusus kepada pasien/Wali Pasien
Nama	Diisi dengan menuliskan Nama lengkap pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pemberian informasi sewa alat atau pemberian obat khusus kepada pasien/Wali Pasien
Tempat dan Tanggal Lahir	Diisi dengan menuliskan Tempat lahir dan tanggal lahir pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pemberian informasi sewa alat atau pemberian obat khusus kepada pasien/Wali Pasien
Dirawat dikamar	Diisi dengan menuliskan Unit/Ruangan/kelas dan nomor kamar pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pemberian informasi sewa alat atau pemberian obat khusus kepada pasien/Wali Pasien
No	Berisi nomor urutan untuk setiap jenis sewa alat atau obat khusus	Perawat	Diisi setelah melakukan pemberian informasi sewa alat atau pemberian obat khusus

			kepada pasien/Wali Pasien
Jenis Inform Consent sewa	Berisi Jenis sewa alat atau obat khusus yang akan diberikan kepada pasien	Perawat	Diisi setelah melakukan pemberian informasi sewa alat atau pemberian obat khusus kepada pasien/Wali Pasien
Inform	Diisi dengan menuliskan ceklis pada kolom pilihan "Ya" jika telah melakukan pemberian informasi sewa dan "Tidak" jika tidak melakukan pemberian informasi sewa alat atau pemberian obat khusus	Perawat	Diisi setelah melakukan pemberian informasi sewa alat atau pemberian obat khusus kepada pasien/Wali Pasien
Consent	Diisi dengan menuliskan ceklis pada kolom pilihan "Persetujuan" jika pasien/wali pasien menyetujui sewa alat/obat khusus dan "Penolakan" jika pasien/wali pasien menolak untuk memasang alat atau pemberian obat khusus	Perawat	Diisi setelah melakukan pemberian informasi sewa alat atau pemberian obat khusus kepada pasien/Wali Pasien
Tanggal/Pukul	Diisi dengan menuliskan Tanggal (dd/mm/yyyy) dan jam dilakukan Inform Consent.	Perawat	Diisi setelah melakukan pemberian informasi sewa alat atau pemberian obat khusus kepada pasien/Wali Pasien
Pasien/Keluarga pasien	Diisi dengan menuliskan Tanda Tangan dan Nama jelas Pasien/Keluarga pasien	Pasien/ Keluarga pasien	Diisi setelah melakukan pemberian informasi sewa alat atau pemberian obat khusus 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 sewa alat atau pemberian obat khusus kepada pasien/Wali Pasien
Admin	Diisi dengan menuliskan Tanda Tangan dan Nama jelas petugas Administrasi	Admin	Diisi setelah melakukan pemberian informasi sewa alat atau pemberian obat khusus kepada pasien/Wali Pasien