

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080288095
 Nama Lengkap : Elis Dida Junica
 Unit/Divisi/Komite : RRS
 No. Telepon/Ext : 1206 / 1101
 E-mail : lanih.rakut - jalan @rs.intanhusada.com

Tanggal : 21 NOV 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 145 / F / RM / RSIH / XI / 2022
 No/Kode RM : 7.22 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : 00

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

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,


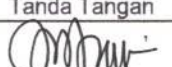

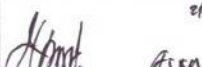
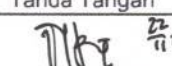

Elis Dida Junica, A.Md.Kep
503/10330/SIP/27/11/Dinkes/2022

Tanda Tangan
Penerima,

22/11/22
RHR

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
F4 1 ply			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Ace dilaksanakan			
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Ace		 dr. Muhammad Mukhlis F.A., Sp.KFR 503/18322/58.005/Dinkes/2022	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
disesuaikan dengan akreditasi	 21/11/22 Arang	Ditindaklanjuti	 22/11/22 RHR
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
		Ace	 dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183632

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

**coret yang tidak perlu* 145/F/RM/RSIH/XI/2022 (Rev. 00)



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR CATATAN KLINIS / RESUME FISIOTERAPI**

145/F/RM/RSIH/XI/2022 (RM 7.22) – Rev.00

1. PENGERTIAN

Formulir Catatan Klinis/Resume Fisioterapi adalah berkas yang berisikan informasi pasien, anamnesa, keluhan utama, riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, pengkajian nyeri, kemampuan fungsional, pemeriksaan sistemik khusus, pengukuran khusus, data penunjang, diagnosis fisioterapi, program/rencana terapi, intervensi, evaluasi yang dilayani di Unit Rawat Jalan.

2. TUJUAN

Untuk memberikan informasi kepada petugas Unit Rawat Jalan tentang hal-hal yang berkaitan dengan pasien dari segi medis.

3. KEGUNAAN

Mendokumentasikan kondisi pasien pada saat masuk Unit Rawat Jalan, pemeriksaan selama di Unit Rawat Jalan, terapi dan tindak lanjut pasien di Unit Rawat Jalan.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Fisioterapis di Unit Rawat Jalan

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh fisioterapis di Unit Rawat Jalan

6. CARA PENGISIAN

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
Kolom Identitas Pasien	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.	Fisioterapis	Jika stiker tidak tersedia, diisi secara manual
Nama	Diisi nama lengkap pasien sesuai dengan yang tertulis pada formulir pendaftaran	Fisioterapis	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal lahir	Diisi tanggal, bulan dan tahun lahir pasien	Fisioterapis	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	Fisioterapis	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
No. RM	Diisi nomor rekam medik pasien pada kotak yang disediakan	Fisioterapis	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
KLINIK	Diisi Nama Klinik yang dituju	Fisioterapis	Diisi dengan menempelkan stiker pasien
DPJP	Diisi nama dokter DPJP yang menangani pasien	Fisioterapis	Diisi dengan menempelkan stiker pasien
Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	Fisioterapis	Diisi dengan menempelkan stiker pasien

Tanggal	Diisi tanggal, bulan, tahun saat dilakukan pengkajian	Fisioterapis	Di isi lengkap
Pasien datang pukul	Di isi jam saat pasien datang	Fisioterapis	Di isi lengkap
Pasien dilakukan pengkajian pukul	Di isi jam saat pasien mulai di lakukan pemeriksaan oleh dokter	Fisioterapis	Di isi lengkap
Dokter yang merujuk	Diisi sesuai pertanyaan	Fisioterapis	Di isi lengkap
Diagnosis medis	Diisi sesuai diagnosa medis dari hasil pemeriksaan dokter	Fisioterapis	Di isi lengkap
Tujuan rujukan ke fisioterapi	Diisi sesuai dengan permintaan dan hasil dari pemeriksaan dokter	Fisioterapis	Di isi lengkap
Kondisi awal	Diisi sesuai pertanyaan	Fisioterapis	Diisi lengkap
Gejala/Sindroma	Diisi sesuai dengan hasil anamnesa dari awal pertemuan	Fisioterapis	Diisi lengkap
Status gangguan gerak fungsional/parameter	Diisi sesuai dengan hasil pengkajian atau pemeriksaan fisik di awal pertemuan	Fisioterapis	Diisi lengkap
Diagnosis fisioterapi	Diisi sesuai dengan hasil kesimpulan anamnesa dan pengkajian di awal pertemuan	Fisioterapis	Di isi lengkap
Kondisi akhir	Diisi sesuai pertanyaan	Fisioterapis	Di isi lengkap
Gejala/Sindroma	Diisi sesuai dengan hasil anamnesa di akhir pertemuan	Fisioterapis	Di isi lengkap
Status gangguan gerak fungsional/parameter	Diisi sesuai dengan hasil pengkajian atau pemeriksaan fisik di akhir pertemuan	Fisioterapis	Di isi lengkap
Diagnosis fisioterapi	Diisi sesuai dengan hasil kesimpulan anamnesa dan pengkajian di akhir pertemuan	Fisioterapis	Di isi lengkap
Hambatan keberhasilan	Diisi hambatan-hambatan yang terjadi yang menghambat keberhasilan selama fisioterapi	Fisioterapis	Di isi lengkap
Rekomendasi tindak lanjut	Diisi dengan hasil apakah pasien sudah sembuh atau harus melanjutkan fisioterapi	Fisioterapis	Diisi lengkap
Pasien/Penangguna jawab pasien	Diisi nama dan tanda tangan Pasien/Penangguna jawab pasien yang dilakukan pemeriksaan	Fisioterapis	Diisi lengkap
Fisioterapis	Diisi nama dan tanda tangan fisioterapis yang melakukan pengkajian dan pemeriksaan	Fisioterapis	Diisi lengkap