



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 150 80 290 74
Nama Lengkap : Hinda Setiawati
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 : 157/F/PM/RSIH/III/2023
No/Kode RM : 2.9.23 (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)

Memperbarui data sebelum informed consent

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,

Hinda S

Tanda Tangan
Penerima,

Pani 8/3

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
Fu Ipy		Pani	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
		dr. Dhadi Girahar Darajat, Sp.A 501/11602/3901/1101	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Acc		Dey Rismanti NIP. 14080787016	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
pengiriman sudah diserahkan	Hinda 8/3/23	Batubulan	Pani 8/3
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc	Pani 8/3/23	Acc	dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183833

*)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 Non Farmakologi <input type="checkbox"/> Restriksi/Pembatasan menggunakan tali/kain yang disengaja terhadap gerakan atau perilaku pasien <input type="checkbox"/> Membatasi ekstremitas/anggota gerak tubuh pasien	
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 yang tidak dapat dikendalikan dengan pengobatan <input type="checkbox"/> Mengurangi jumlah stimulasi yang diterima pasien	
6 Risiko/Komplikasi Risks/Complications	<input type="checkbox"/> Cedera berupa lecet pada kulit atau lebam pada area yang terpasang restrain <input type="checkbox"/> Cedera saraf tepi pada area yang terpasang restrain	
7 Prognosis Prognosis		
8 Alternatif & Risiko Alternative & Risks	<input type="checkbox"/> Pemberian terapi sedasi <input type="checkbox"/> Risiko jatuh tinggi, Risiko cedera atau kerusakan	
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 custodian or next of kin.

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK