



FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080190073
Nama Lengkap : Iman Nurjaman
Unit/Divisi/Komite : U60
No. Telepon/Ext : 111
E-mail : sanit.gawat.darurat@rsipahkusada.com

Tanggal : 30/9/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Formulir Komunikasi Teknis
No/Kode Formulir : 29/F/RM/RSIH/IX/2022
No/Kode RM** : 2-14 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke : 2

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	0
Buffer stock :	5
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf	9.7 Aditya

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Penyesuaian dg Padoor dan

Komponen Perubahan

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

Perubahan kode formulir dan revisi minor

Tanda Tangan
Pemohon,

Iman Nurjaman
NIP. 15080190073

Tanda Tangan
Penerima,

Pani

Masukan/Saran

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

Logistik			Tanda Tangan
FY 1 Ply Bolak Balik			9.7 Aditya
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung			Tanda Tangan
Acc Revisi			Aditya
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Acc	Aditya
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
perubahan di RM	Aditya	Ditindaklanjuti sesuai dengan revisi peromoran.	Aditya
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc	Aditya	Acc	dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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

Nama

Tanggal Lahir

No. RM

Ruangan/Kelas

Dokter yang merawat

Penjamin

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

 $(L / W)^*$ [illegible]

Tgl/ Pukul	Materi Informasi	Pemberi Informasi		Penerima Informasi			Keterangan
		Nama	Tanda tangan	Informasi Yang Diberikan	Nama	Tanda Tangan	
				<div><input type="checkbox"/> Mengetahui</div> <div><input type="checkbox"/> Memahami</div>			
				<div><input type="checkbox"/> Mengetahui</div> <div><input type="checkbox"/> Memahami</div>			
				<div><input type="checkbox"/> Mengetahui</div> <div><input type="checkbox"/> Memahami</div>			

**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR KOMUNIKASI EDUKASI
129/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.01)**

1. PENGERTIAN

Formulir Komunikasi Edukasi Pasien adalah suatu berkas berisikan proses pemberian informasi oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang terdiri dari Dokter, Perawat/ Bidan, Nutrisisionis, Fisioterapis dan Farmasi kepada pasien/keluarga.

2. TUJUAN

Sebagai acuan penerapan langkah-langkah dalam melakukan informasi tindakan yang diberikan kepada pasien dan keluarga.

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan untuk memberikan informasi tindakan yang diberikan oleh Profesional Pemberi Asuhan (PPA).

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- Dokter Penanggung Jawab Pelayanan, Perawat/Bidan, Nutrisisionis, Fisisoterapis dan Farmasi.
- Distribusi Form Pemberian Informasi akan diberikan kepada semua unit pelayanan dan keperawatan yang memberikan tindakan medik kedokteran.

5. MEKANISME PENGISIAN

- Formulir Komunikasi Edukasi pasien diisi oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan, Perawat/Bidan, Nutrisisionis, Fisisoterapis dan Farmasi.
- Pengisian Identitas pasien Formulir Komunikasi Edukasi diisi oleh Perawat atau Petugas Kesehatan lainnya atau ditempel dengan stiker label pasien

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien (dapat ditempel stiker identitas pasien)		
Nama	Diisi nama Lengkap	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Tgl Lahir L /P	Diisi tanggal lahir, L/P dipilih salah satu yang sesuai	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien diperiksa/ dirawat	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya

Dokter yang merawat	Diisi nama dokter yang merawat pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Formulir Komunikasi Edukasi		
Tanggal/ Pukul	Diisi sesuai dengan tanggal dan waktu pemberian materi informasi kepada pasien/keluarga	Dokter/ Perawat/ Bidan/ Petugas Kesehatan lainnya.
Materi Informasi	Diisi sesuai dengan jenis materi informasi yang dijelaskan kepada pasien/keluarga	Dokter/ Perawat/ Bidan/ Petugas Kesehatan lainnya.
Pemberi Informasi 1. Nama 2. Tanda Tangan	Diisi oleh petugas Profesional Pemberi Asuhan (PPA) yang memberikan informasi	Dokter/ Perawat/ Bidan/ Petugas Kesehatan lainnya.
Penerima Informasi 1. Informasi yang diberikan 2. Nama 3. Tanda Tangan	Ceklis dengan tanda √ sesuai dengan respon penerima informasi apakah mengetahui atau memahami apa yang dijelaskan oleh petugas tentang materi informasi yang disampaikan. Kemudian isi nama dan tanda tangan oleh pasien/keluarga yang diberikan materi informasi	Pasien/ Keluarga
Keterangan	Diisi sesuai dengan hasil dari materi informasi yang dijelaskan kepada pasien dan keluarga	Dokter/ Perawat/ Bidan/ Petugas Kesehatan lainnya.