



FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080190073
Nama Lengkap : Iman Murtaman
Unit/Divisi/Komite : LBN
No. Telepon/Ext : 1111
E-mail : ~~farit.gawat.darutata@rsintanbusada.com~~

Tanggal : 30/9/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : ~~Pemberian Informasi Tindakan~~
No/Kode Formulir : Pemeriksaan HBsAg / LBN / F/REM / RSIH / IX / 2022
No/Kode RM** : 2.9.18 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- :

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

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

penyesuaian dg prosedur dan

Komponen Perubahan

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

Perubahan kode formulir dan revisi minor

Tanda Tangan
Pemohon,

Iman Murtaman
NIP. 15080190073

Tanda Tangan
Penerima,

17/10/22

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	
Acc Revisi			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Acc	
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
perubahan no 12M		Ditandatangani sesuai dg revisi penomoran.	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Ace		Acc	

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama : (L / W)*

Tanggal Lahir :

No. RM :

Ruangan/Kelas : /

DPJP :

Penjamin :

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK

Medical Procedure Information

PEMBERIAN INFORMASI (Provision of Information)

Garut, / / pukul

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	Pemeriksaan Rapid HbsAg (antigen) Sampel diambil dari serum atau plasma darah pasien; Sampel dimasukkan ke dalam tabung dan diproses di Laboratorium sesuai prosedur yang berlaku; Sampel diperiksa menggunakan kit rapid test HbsAg; Kit rapid test diinterpretasikan hasilnya menjadi Reaktif, Non-Reaktif atau Invalid.	
4 Indikasi Tindakan Medical Procedure Indication	Diagnosis cepat Hepatitis B (akut atau kronis); Skrining cepat penyakit Hepatitis B pada ibu hamil dan atau bayi baru lahir; memiliki perilaku tertentu dengan faktor risiko tinggi terkena Hepatitis B	
5 Tujuan Purposes of the Procedure	Untuk mengetes keberadaan antigen virus Hepatitis B secara kualitatif; mengetahui kekebalan tubuh terhadap virus HBV dari vaksinasi sebelumnya; dan atau mengetahui rentan atau tidaknya seseorang terkena virus HBV	
6 Risiko/Komplikasi Risks/Complications	Perdarahan ringan, memar, nyeri, serta infeksi pada area penusukan jarum	
7 Prognosis Prognosis	Dubia ad bonam	
8 Alternatif & Risiko Alternative & Risks	Alternatif : Anti Hbs atau HbsAb , Anti Hbc atau HbcAb, HbeAg, HBV-DNA, USG Hati, Biopsi Hati Risiko: waktu pemeriksaan lama, biaya tinggi, keterlambatan deteksi penyakit	
9 Lain-lain	Apabila hasil tes dinyatakan Reaktif maka prosedur penanganan pasien sesuai pasien HbsAg reaktif	

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 righ column, and have understand it..

Penerima Informasi
(.....)
Nama Jelas dan Tanda Tangan

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

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK PEMERIKSAAN HBSAG

TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK
121/F/RM/RSIH/IX/2021 (Rev.01)

1. PENGERTIAN

Formulir Pemberian Informasi adalah berkas berisikan informasi tindakan medik yang meliputi diagnosis, dasar diagnosis, tata cara tindakan kedokteran, indikasi tindakan, tujuan, risiko/komplikasi, prognosis, alternatif dan risiko terkait tindakan medik yang akan dilakukan untuk pasien dari Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).

2. TUJUAN

Untuk memberikan informasi tindakan yang dilakukan kepada pasien yang diminta oleh DPJP.

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan untuk pemberian informasi dan edukasi tentang pentingnya tindakan medik yang akan dilakukan

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
- b. Distribusi Form Pemberian Informasi akan diberikan kepada semua unit pelayanan dan keperawatan yang memberikan tindakan medik kedokteran

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Form Pemberian Informasi diisi oleh DPJP
- b. Pengisian Identitas pasien Form Pemberian Informasi 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

Pemberian Informasi		
Dokter Pelaksana Tindakan	Diisi nama dokter yang akan melakukan tindakan medik	Perawat/Tenaga kesehatan lain/DPJP
Pemberi Informasi	Diisi nama dokter yang memberikan informasi terkait tindakan medik yang akan dilakukan	Perawat/Tenaga kesehatan lain/DPJP
Penerima Informasi	Diisi nama penerima informasi dari pihak pasien (keluarga inti/keluarga terdekat) mencantumkan nama penerima informasi dan status kedekatan dengan pasien Contoh : Tn. Amir (kakak kandung)	Perawat/Tenaga kesehatan lain/DPJP
Jenis Informasi		
Diagnosis	Diisi diagnosa pasien pada saat perawatan di RS Intan Husada	DPJP
Dasar Diagnosis	Diisi dasar diagnosis	DPJP
Tindakan kedokteran	Diisi tata cara tindakan medik yang akan dilakukan oleh DPJP	DPJP
Indikasi Tindakan	Diisi indikasi/alasan tindakan medik dilakukan	DPJP
Tujuan	Diisi Tujuan tindakan medik dilakukan	DPJP
Risiko/Komplikasi	Diisi Risiko/komplikasi yang mungkin terjadi pada saat tindakan medik dilakukan	DPJP
Prognosis	Diisi kemungkinan yang terjadi jika dilakukan tindakan <i>Dubia ad malam/dubia ad bonam/ ad malam/ ad bonam</i>	DPJP
Alternatif & Risiko	Diisi alternatif dan risiko jika tindakan medik tidak dilakukan	DPJP
Lain-lain	Diisi keterangan informasi lainnya sesuai dengan kebutuhan	DPJP
Tanda tangan	Diisi nama jelas dan tanda tangan dokter pelaksana tindakan	DPJP
	Diisi nama jelas dan tanda tangan penerima informasi	Pasien/Keluarga Pasien