



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP :
Nama Lengkap : BAGA ERLANGGA
Unit/Divisi/Komite : ACOUA
No. Telepon/Ext : 2300
E-mail : bagaerlangga12@gmail.com

Tanggal : 29/9/22

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
No/Kode Formulir : 10-10 057/F/RM/RSIH/IX/2022
No/Kode RM : 10-103.8 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : II
057/F/RM/RSIH/IX/2022

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 4
Buffer stock : 5
Proses PO : 2 minggu
Waktu : -

Paraf
a.m

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
penyesuaian untuk quide d'essai

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,

Tanda Tangan
Penerima,

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
<u>F4 1 ply</u>		<u>a.m</u> 	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
<u>Acc</u>		 Drs. Rini H. H. NIP. 1408027016	
Unit/Divisi/Komite <u>medik</u>		Tanda Tangan	
<u>ACC Dilaksanakan. Revisi terlampir.</u>			
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
<u>pengantian nomor RM</u>		<u>ditindaklanjuti</u>	
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
<u>ACC</u>		<u>ACC</u>	 dr. Muhammad Hasan, MARS

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021(Rev.00) 21110183633



Identitas Pasien (Diisi oleh PPA/Non PPA)

Nama : _____
Tanggal Lahir : _____ (L / W) *
No. RM :

--	--	--	--	--	--

Ruangan/Kelas : _____
DPJP : _____
Penjamin : _____

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini

FORMULIR KONSULTASI DOKTER

Kepada Yth,
TS.dr.

Bersama ini kami kirimkan pasien,

Nama : Tn / Ny / Nn /An*
Umur :
Observasi / Diagnosa :
Yang akan kami lakukan tindakan :
Mohon Evaluasi :

Terima kasih atas kerjasamanya
Wassalam

Garut,20.....Pukul
Dokter

dr.....
Nama Jelas dan Tanda Tangan

JAWABAN KONSULTASI

Terima Kasih atas kepercayaan sejawat,
Dari penilaian, didapatkan (SOAP hasil pengkajian medis) sebagai berikut :

Garut,20..... Pukul.....
Dokter

dr.....
Nama Jelas dan Tanda Tangan

FORMULIR KONSULTASI DOKTER



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR KONSULTASI DOKTER
057/F/RM/RSIH/IX/2022 (RM 3.8) - Rev.02**

1. PENGERTIAN

Formulir Konsultasi dokter adalah berkas yang mendokumentasikan terkait permintaan konsultasi dari dokter spesialis kepada dokter spesialis lain.

2. TUJUAN

Sebagai media dokumentasi konsultasi antara dokter spesialis.

3. KEGUNAAN

Formulir dapat digunakan sebagai panduan bagi rumah sakit untuk memberikan informasi dan bukti penyampaian kepada pasien

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Profesional Pemberi Asuhan (PPA)
- b. Formulir disediakan oleh Unit Logistik dengan meminta melalui PBR oleh setiap Unit Pelayanan/Ruang Perawatan

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Perawat/Bidan mempersiapkan formulir konsultasi dokter

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien	Diisi nama, tanggal lahir, jenis kelamin, No RM , ruangan/kelas, DPJP, dan penjamin atau dengan menempelkan stiker pasien	Perawat/Bidan
Teman Sejawat Dokter	Di isi dengan nama dokter yang akan di konsultasikan	Dokter
Nama	Di isi dengan nama lengkap pasien	Dokter
Umur	Di isi dengan usia pasien	Dokter
Observasi/Diagnosis	Di isi dengan diagnosa / observasi pasien	Dokter
Yang akan kami lakukan tindakan	Di isi dengan rencana tindakan yang akan di lakukan ketika di konsultasikan	Dokter
Tanggal dan Pukul	Di isi dengan tanggal dan pukul dilakukan pemeriksaan pasien	Dokter
Kolom TTD pertama	Di isi dengan tanda tangan Dokter Spesialis yang meminta konsultasi	Dokter
Jawaban Konsultasi	Di isi dengan format SOAP oleh dokter spesialis yang di konsultasikan dan di tanda tangan nama jelas oleh dokter	Dokter
Kolom TTD kedua	Di isi dengan tanda tangan Dokter Spesialis penjawab konsul	Dokter