

# FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

## DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP :  
Nama Lengkap :  
Unit/Divisi/Komite :  
No. Telepon/Ext :  
E-mail :

Baga Erlangga

AROUA

23 00

bagaerlangga@gmail.com

Tanggal : 29 / 9 / 22

## DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru  
No/Kode Formulir : 059 / F / RM / RSIH / IX / 2022  
No/Kode RM : 3.9 (untuk form medis)  
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- : II

## Logistik Formulir

(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 0

Buffer stock : 5

Proses PO : 2 minggu

Waktu :

Paraf

a.n

*[Signature]*

## Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Penyediaan untuk alreidibag

## Komponen Perubahan

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

penambahan identitas pasien

Tanda Tangan  
Pemohon,

*[Signature]*  
Baga Erlangga

Tanda Tangan  
Penerima,

*[Signature]*  
a.n


## Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
1/2 F4 1 ply		<i>[Signature]</i> a.n	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Revisi minor		<i>[Signature]</i> NIP. 1408020016	
Unit/Divisi/Komite Medik		Tanda Tangan	
Att Dilaksanakan. Revisi tertampir.		<i>[Signature]</i> dr. H. Hidayat	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
perawatan minor RM	<i>[Signature]</i> Aceng	ditandatangani	<i>[Signature]</i>
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Att	<i>[Signature]</i> a.n	<i>[Signature]</i> a.n	<i>[Signature]</i> a.n

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021(Revisi) NIP. 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 PERMINTAAN SECOND OPINION**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : \_\_\_\_\_ Umur: ..... tahun JK : ( L / W \*)

Alamat : \_\_\_\_\_


Sehubungan dengan perawatan yang sedang dilakukan terhadap saya/ ..... saya\* yang bernama .....umur ..... tahun/bulan\*, saya mengajukan permohonan untuk *second opinion* atas sakit yang di derita pasien kepada dokter lain di dalam/diluar\*) RSIH.

Demikian permohonan ini dibuat dengan sesungguhnya dalam keadaan sadar dan tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya bersedia mengikuti ketentuan dalam pelaksanaan *second opinion* tersebut.

Garut, .....

Pasien	Pemohon	DPJP
<div>(.....)</div> <div>Nama jelas dan Tanda tangan</div>	<div>(.....)</div> <div>Nama Jelas dan Tanda Tangan</div>	<div>(.....)</div> <div>Nama Jelas dan Tanda Tangan</div>

FORMULIR PERMINTAAN SECOND OPINION



**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 PERMINTAAN SECOND OPINION**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : \_\_\_\_\_ Umur: ..... tahun JK : ( L / W \*)

Alamat : \_\_\_\_\_

Sehubungan dengan perawatan yang sedang dilakukan terhadap saya/ ..... saya\* yang bernama .....umur ..... tahun/bulan\*, saya mengajukan permohonan untuk *second opinion* atas sakit yang di derita pasien kepada dokter lain di dalam/diluar\*) RSIH.

Demikian permohonan ini dibuat dengan sesungguhnya dalam keadaan sadar dan tidak ada paksaan dari pihak manapun. Saya bersedia mengikuti ketentuan dalam pelaksanaan *second opinion* tersebut.

Garut, .....

Pasien	Pemohon	DPJP
<div>(.....)</div> <div>Nama jelas dan Tanda tangan</div>	<div>(.....)</div> <div>Nama Jelas dan Tanda Tangan</div>	<div>(.....)</div> <div>Nama Jelas dan Tanda Tangan</div>

FORMULIR PERMINTAAN SECOND OPINION



**TATA CARA PENGISIAN  
FORMULIR PERMOHONAN SECOND OPINION  
059/F/RM/RSIH/IX/2022 (RM 3.9) - Rev.02**

**1. PENGERTIAN**

Formulir *second opinion* adalah berkas yang mendokumentasikan terkait permintaan pasien atau pun keluarga pasien untuk memperoleh pendapat lain dari dokter.

**2. TUJUAN**

Sebagai media dokumentasi permintaan pasien maupun keluarga pasien untuk memperoleh pendapat lain dari dokter yang berbeda

**3. KEGUNAAN**

Formulir dapat digunakan sebagai panduan bagi rumah sakit untuk memfasilitasi pasien atau keluarga pasien dalam meminta pendapat lain dari dokter yang berbeda.

**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 permohonan *second opinion*.
- b. Keluarga mengisi formulir dan tanda tangan nama jelas.
- c. Perawat/Bidan melakukan konfirmasi kepada DPJP

**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 tempelkan stiker pada kolom tersebut	Perawat/Bidan
Yang bertanda tangan	Di isi dengan identitas pemohon bisa pasien atau keluarga pasien	Pasien/ Penanggung Jawab Pasien
Nama Dokter lain	Di isi dengan nama Dokter yang akan di mintakan konsultasi atau pendapat	Pasien/ Penanggung Jawab Pasien
Kolom TTD pertama	Di tanda tangan oleh pasien	Pasien
Kolom TTD kedua	Di tanda tangan oleh Pemohon	Pasien/ Penanggung Jawab Pasien
Kolom TTD ketiga	Di tanda tangan oleh DPJP	Dokter