



FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

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

Tanggal : 30/9/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Pemberian Informasi Tindakan
No/Kode Formulir : NGT / OGT 1106 / F / A / M / P / S / H / IX / 2022
No/Kode RM** : 2-9-3 (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 an Aditya	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

penyesuaian dg paboarder

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,

Pati 17/02
Rani

Masukan/Saran

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

Logistik			Tanda Tangan
FY 1 ply			Aditya
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung			Tanda Tangan
Acc Revisi			Ima
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Acc	Pati 17/02
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
perubahan n rm	Ima acc	Ditindak lanjuti sesuai revisi penomoran.	Pati 17/02 Rani
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc	Ima	Acc	dr. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama :
Tanggal Lahir : (L / W)*
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	Pemasangan NGT/OGT Tindakan dilakukan oleh tenaga medis dengan mementingkan teknik septik/aseptic dengan menggunakan alat dan bahan steril, Selang steril NGT akan dimasukkan ke dalam saluran cerna melalui hidung/mulut untuk OGT dengan kedalaman yang sudah ditentukan sesuai Standar Prosedur Operasional RSIH yang berlaku	
4 Indikasi Tindakan Medical Procedure Indication	Pasien tidak sadar, Irigasi/bilas lambung, Pemberian nutrisi, Dekompresi saluran cerna	
5 Tujuan Purposes of the Procedure	membantu pemberian makanan (nutrisi), obat-obatan kepada pasien yang tidak bisa mengonsumsi obat dari mulut (medikasi) / mengeluarkan gas atau cairan dari dalam lambung (dekompresi) dan lain-lain	
6 Risiko/Komplikasi Risks/Complications	Tidak nyaman, nyeri, muntah	
7 Prognosis Prognosis	Dubia ad bonam/kemungkinan baik	
8 Alternatif & Risiko Alternative & Risks	Tidak ada alternatif, Resiko terapi oral/nutrisi/obat-obatan tidak bisa diberikan, penatalaksanaan diagnosis tidak bisa maksimal	
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.

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 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 custodion or next of kin.

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK

*Coret yang tidak/Cross out if not necessary

TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK
106/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

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

5. MEKANISME PENGISIAN

- Form Pemberian Informasi diisi oleh DPJP
- 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