

## FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

### DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : \_\_\_\_\_  
 Nama Lengkap : Elis Deda Junica  
 Unit/Divisi/Komite : Rawat Jalan / Pelayanan  
 No. Telepon/Ext : 2113  
 E-mail : \_\_\_\_\_

Tanggal : 5/8/2022

### DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru  
 No/Kode Formulir : 002/F/RSIH/VIII/2022  
 No/Kode RM : \_\_\_\_\_ (untuk form medis)  
 Bulan Revisi Terakhir : \_\_\_\_\_ Revisi ke- : \_\_\_\_\_

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	-
Buffer stock :	-
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf <u>Y 78<sup>22</sup></u>	

### Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)  
disebabkan dengan adanya penambahan layanan  
poliklinik rehabilitasi medis

### Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan  
Pemohon,

Elis Deda Junica, A.Md.Kep  
 503/10330/SIPP.277/Dinkes/2022

Tanda Tangan  
Penerima,

Rani Setia Utami  
 NIP. 15070293069

### Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
<u>ukuran 1/2 A4 1 ply</u>		<u>Y 78<sup>22</sup></u>	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
<u>Atas</u>		<u>Iva Tanka</u>	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
<u>Atas dilaksanakan</u>		<u>dr. Muliis, Sp.KFR</u>	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
<u>form tidak menggunakan no RM</u>	<u>Amf 05/8 22</u>	<u>ditandatangani</u>	<u>Y 78<sup>22</sup></u> <u>Rani Setia Utami</u> NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
<u>Atas</u>	<u>Amf</u>	<u>KCC</u>	<u>dr. Muhammad Hasan MARS</u> NIP. 21110183633

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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



# JADWAL REHABILITASI MEDIK

Diagnosis Fungsi :

Diagnosis Medis :

Terapi

R/

Nama :

Tanggal Lahir :

No. Rekam Medis :

Ruangan Ranap :

Dokter :

Penjamin :

(Dapat tempelkan stiker identitas pasien)

Senin

Selasa

Rabu

Kamis

Jumat

Sabtu

Program	Frek	Jadwal Terapi					
		Senin	Selasa	Rabu	Kamis	Jumat	Sabtu
Modalitas							
Infrared							
USD							
US							
SWD							
MWD							
TENS							
ES							
Laser							
Latihan							
Penguatan							
ROM							
Stretching							
Aerobik							
Berjalan							

Evaluasi kembali ke dokter Sp.KFR

Dokter & TTD



## TATA CARA PENGISIAN FORMULIR JADWAL REHABILITASI MEDIK

**016/F/RM/RSIH/I/2022 -- RM 2.2 (Rev.00)**

### 1. PENGERTIAN

Formulir jadwal rehabilitasi medik adalah berkas yang berisikan informasi pasien, diagnosis fungsi, diagnosis medis, serta intruksi lanjutan pasien yang akan dilayani di Unit Rawat Jalan.

### 2. TUJUAN

Untuk memberikan informasi kepada pasien tentang jadwal dan jenis fisioterapi yang sudah dijadwalkan oleh dokter.

### 3. KEGUNAAN

Form dibawa oleh pasien saat control jadwal fisioterapi di Unit Rawat Jalan.

### 4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Dokter Spesialis dan fisioterapis di Unit Rawat Jalan

### 5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh dokter dan fisioterapis di Unit Rawat Jalan

### 6. CARA PENGISIAN

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
Diagnosis fungsi	Di isi diagnose fungsi hasil dari pemeriksaan dokter atau nomor ICD	Dokter	Di isi lengkap
Diagnosis medis	Di isi diagnose medis hasil dari	Dokter	Di isi lengkap



	pemeriksaan dokter		
Terapi	Di isi rencana Tindakan fisioterapi	Dokter	Di isi lengkap
Kolom Identitas Pasien	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.	Perawat	Jika stiker tidak tersedia, diisi secara manual
Nama	Diisi nama lengkap pasien sesuai dengan yang tertulis pada formulir pendaftaran, dengan menggunakan huruf kapital	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Tanggal lahir	Diisi tanggal lahir pasien	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
No. Rekam Medis	Diisi nomor rekam medik pasien pada kotak yang disediakan	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien.
Ruangan Ranap	Diisi Nama Klinik yang dituju	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien
DPJP	Diisi nama dokter DPJP yang menangani pasien	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien
Penjamin	Diisi nama penjamin pasien (nama asuransi/umum)	Perawat	Diisi dengan menempelkan stiker pasien
Hari	Di lingkari sesuai hari terapi pasien	Dokter	Di isi lengkap
Program	Diberi tanda √ pada program yang diberikan pada hari yang dimaksud	Dokter	Di isi lengkap
Frek	Di isi jumlah kali pemberian terapi dalam satu minggu	Dokter	Di isi lengkap
Jadwal terapi	Diberi tanda √ pada kolom hari	Dokter/fisioterapis	Di isi lengkap
Evaluasi	Di isi tanggal evaluasi kembali ke Poli Rehabilitasi Medik	Dokter	Di isi lengkap
Dokter dan TTD	Di tanda tangan dan dibubuhi cap dokter	Dokter	Di isi lengkap