**KEPUTUSAN DIREKTUR**

**RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK CATHERINE BOOTH MAKASSAR**

**Nomor :**

**Tentang**

**KEBIJAKAN KEWENANGAN PENGISIAN BERKAS REKAM MEDIS**

**DI RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK CATHERINE BOOTH MAKASSAR**

**DIREKTUR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK CATHERINE BOOTH MAKASSAR**

Menimbang :

1. Bahwa Setiap Rumah Sakit mempunyai kewajiban menyelenggarakan rekam medis sesuai dengan standar.
2. Bahwa penyelenggaraan rekam medis dilaksanakan melalui pencatatan dan pendokumentasian hasil pemeriksaan, pengobatan, tindakan dan pelayanan lain yang telah diberikan kepada pasien.
3. Bahwa dokter, dokter gigi dan/atau tenaga kesehatan tertentu bertanggungjawab atas catatan dan/atau dokumen yang dibuat pada rekam medis.
4. Bahwa untuk maksud sebagaimana huruf (b) dan (c) diatas, maka perlu ditetapkan Kebijakan Kewenangan Pengisian Berkas Rekam Medis Rumah Sakit

Mengingat :

1. Undang-undang Nomor : 29 Tahun 2009 tentang Praktek Kedokteran
2. Undang-undang Nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan
3. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
4. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 147/Menkes/Per/I/2010 tentang Perijinan Rumah Sakit
5. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 269/Menkes/Per/III/2008 tentang Rekam Medis

**MEMUTUSKAN**

Menetapkan : KEPUTUSAN DIREKTUR RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK CATHERINE BOOTH MAKASSAR TENTANG KEWENANGAN PENGISIAN BERKAS REKAM MEDIS DI RUMAH SAKIT IBU DAN ANAK CATHERINE BOOTH MAKASSAR

Kesatu : Kebijakan Kewenangan Pengisian Berkas Rekam Medis Rumah Sakit sebagaimana terlampir dalam keputusan ini

Kedua : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan, apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan dalam surat keputusan ini akan diubah dan diperbaiki sebagaimana mestinya

Ditetapkan di : Makassar

Pada tanggal :

Direktur RSIA Catherine Booth Makassar

**dr. Rita Gaby Samahati,AAK**

***Lampiran Keputusan Direktur RSIA Catherine Booth Makassar***

Nomor :

Tanggal :

Tentang :

KEBIJAKAN TENTANG KEWENANGAN PENGISIAN BERKAS REKAM MEDIS DI RSIA CATHERINE BOOTH MAKASSAR

1. REKAM MEDIS RAWAT JALAN
2. Formulir data pribadi pasien diisi oleh pasien/keluarga pasien adalah nama pasien, jenis kelamin, tempat/tgl lahir, alamat, kecamatan, kota/kabupaten, telepon/hp, pekerjaan, agama, pendidikan, status kawin, kewarganegaraan, perusahaan tempat bekerja, alamat perusahaan, no telepon perusahaan, nama suami/istri, nama ayah, nama ibu, nama asuransi, no asuransi dan status kepesertaan. Sedangkan no rekam medis dan tanggal daftar diisi oleh petugas pendaftaran.
3. Ringkasan pelayanan rawat jalan untuk identifikasi pasien dan no rekam medis serta tanggal kunjungan dan poli yang dituju di tulis oleh petugas filing rawat jalan, sedangkan riawayat penyakit, pemeriksaan fisik diagnosa, terapi/nasehat diisi oleh dokter dan perawat.
4. Pada formulir resep, untuk identifikasi yang berisi nama, no rekam medis, umur, jenis kelamin di isi oleh petugas filling, untuk penempelan resepnya dilakukan oleh perawat.
5. Pada formulir hasil-hasil pemeriksaan laboratorium dan x-ray/foto, untuk identifikasi yang berisi nama, no rekam medis, umur, jenis kelamin di isi oleh petugas filling, untuk penempelan hasil x-ray/foto dilakukan oleh perawat.
6. REKAM MEDIS GAWAT DARURAT
7. Formulir data pribadi pasien diisi oleh pasien/keluarga pasien adalah nama pasien, jenis kelamin, tempat/tgl lahir, alamat, kecamatan, kota/kabupaten, telepon/hp, pekerjaan, agama, pendidikan, status kawin, kewarganegaraan, perusahaan tempat bekerja, alamat perusahaan, no telepon perusahaan, nama suami/istri, nama ayah, nama ibu, nama asuransi, no asuransi dan status kepesertaan.
8. Pada Formulir masuk darurat no rekam medis, nama, alamat, umur, jenis kelamin, agama dan tanggal/jam masuk, tanggal/kecelakaan, cara pasien di bawa ke RS dan keluarga yang dapat dihubungi, diisi oleh petugas pendaftaran IGD.sedangkan pemeriksaan/riwayat singkat, laborat, foto, lainlain, keadaan tiba, pengobatan, diagnosa, disposisi/instruksi selanjutnya diisi oleh dokter jaga dan perawat IGD disesuaikan dengan formulir yang butuhkan (sesuai kasus).
9. Pada formulir resep, untuk identifikasi yang berisi nama, no rekam medis, umur, jenis kelamin di isi oleh petugas filling, untuk penempelan resepnya dilakukan oleh perawat.
10. Pada formulir hasil-hasil pemeriksaan laboratorium dan x-ray/foto, untuk identifikasi yang berisi nama, no rekam medis, umur, jenis kelamin di isi oleh petugas filling, untuk penempelan hasil x-ray/foto dilakukan oleh perawat.
11. REKAM MEDIS RAWAT INAP
12. Formulir Ringkasan masuk dan keluar RS (RM 1)
13. Penulisan identitas sosial pasien, nomor rekam medis, nama, jenis kelamin, alamat, agama, pendidikan, tempat/tgl lahir/umur, status kawin, kewarga negaraan, golongan darah, pekerjaan, nama ayah/suami, nama ibu/istri, no telp/hp, tanggal dan jam masuk (lembar masuk dan keluar) diisi oleh petugas rekam medis (pendaftaran).
14. Pada kolom yang harus diisi oleh perawat adalah tanggal dan jam keluar, cara masuk RS atau dikirim oleh, lama dirawat, cara penerimaan melalui, ruang dirawat, kelas, nama dan tanda tangan petugas IGD/poli, keadaan keluar RS cara keluar RS, nama terang dan ttd perawat ruangan yang menerima pasien.
15. Untuk kolom yang harus diisi dokter meliputi diagnosa masuk, nama terang dan ttd dokter yang menerima/memeriksa, diagnosa utama, diagnosa komplikasi, diagnosa sekunder, operasi/ tindakan I/operasi/ tindakan II, tanggal operasi, catatan, tanda tangan dan ttd dokter yang merawat, sebab.
16. Pada kolom setuju untuk dirawat diisi oleh keluarga/pasien.
17. Kolom kode ICD X, kode ICOPIM, dirawat ke, diisi oleh petugas koding (rekam medis).
18. Surat Pernyataan Pulang Atas Permintaan Sendiri ( APS )  
    Penulisan nama, alamat, umur, no rekam medis, ruang serta pernyataan minta pulang dengan alasan dan tanda tangan yang memintakan pulang APS di isi oleh pasien/keluarga dan mengetahui kepala/petugas ruang dengan membubuhkan tanda tangan/nama terang.
19. Formulir Anamnesa ( kasus Dalam, Syaraf, Anak, Bedah (RM 2)
20. Penulisan identitas sosial pasien, nama pasien, umur, no rekam medis, ruang diisi oleh perawat.
21. Anamnesa (Autoanamnese/Alloanamnese), Riwayat Pediatri, Riwayat Obstetri, Keadaan Umum, Kesimpulan/Diagnosa Sementara dan Tindakan/Pengobatan sementara / Darurat di isi oleh dokter.
22. Formulir Rujukan (RM 3A)
23. Penulisan identitas sosial pasien, nama pasien, umur, no rekam medis, ruang diisi oleh perawat.
24. Untuk penempelan surat rujukan dilakukan oleh perawat.
25. Formulir Permohonan Pindah Kelas (RM 3B)
26. Penulisan identitas sosial pasien, nama pasien, umur, no rekam medis, ruang di isi oleh perawat.
27. Pada isi permohonan pindah kelas nama, alamat, penanggung pasien, no rekam medis, dirawat di bangsal, kelas, alasan pindah dan tanda tangan disi oleh pasien/keluarga pasien.
28. Formulir Korespodensi (RM 3C)
29. Penulisan identitas sosial pasien, nama pasien, umur, no rekam medis, ruang di isi oleh perawat.
30. Untuk penempelan surat rujukan dilakukan oleh perawat.
31. Formulir Pemindahan/penerimaan Pasien (3B 1)
32. Penulisan identitas sosial pasien berisi nama, tanggal lahir, No.RM, jenis kelamin, alamat dan tanggal masuk, tanggal pindah, jam pindah, unit kerja diisi oleh perawat.
33. Pada kolom status pemindahan/penerimaan berisi atas permintaaan, diagnosa medis, diagnosa keperawatan, prosedur tindakan / operasi yang dilakukakan, dokter yang merawat, instruksi terakhir, data formulir BRM pasien sudah lengkap saat pemindahan, barang yang diserahkan dan perjanjian yang sudah dibuat diisi oleh perawat.
34. Pada kolom ners yang memindahkan dan ners yang menerima diisi oleh perawat dengan membubuhkan tanda tangan dan nama terang.
35. Formulir Konsultasi
36. Penulisan identifikasi pasien, nama pasien, umur, no rekam medis, ruang di isi oleh perawat.
37. Pada kolom permintaan diisi oleh dokter yang meminta konsultasi dengan membubuhkan tanda tangan/nama terang.
38. Pada kolom jawaban konsul diisi oleh dokter yang menjawab dengan membubuhkan tanda tangan/nama terang.
39. Formulir Perjalanan Penyakit Perintah Dokter dan Pengobatan (RM 4)
40. Penulisan nama, umur, jens kelamin, No.RM, ruang, tanggal/jam diisi oleh perawat.
41. Pada kolom perjalanan penyakit, perintah pengobatan/tindakan yang diberikan dan tanda tangan/nama terang diisi oleh dokter, perawat.
42. Formulir DPJP Pasien
43. Formulir nama DPJP pasien (RM 4A 1) Penulisan identitas sosial pasien nama, umur, alamat, No RM, ruang tanggal masuk, tanggal keluar nama DPJP, nama DPJP utama, DPJP lain disi oleh perawat.
44. Formulir pendidikan/edukasi DPJP kepada pasien/keluarga.

* Penulisan identitas sosial pasien nama, umur, alamat, ruang, No RM diisi oleh perawat.
* Pada kolom kewajiban pasien/keluarga diberikan atau tidak diisi oleh dokter.
* ada kolom tanda tangan & nama terang diisi oleh pasien/keluarga, petugas rumah sakit/perawat dan dokter penanggung jawab DPJP dengan membubuhkan tanda tangan/nama terang.

1. Formulir rencana pelayanan DPJP (RM 4A 2)

* Penulisan identitas sosial pasien nama, umur, alamat, ruang, No RM diisi oleh perawat.
* Pada kolom kegiatan direncanakan atau tidak dan tanda tangan/nama terang diisi oleh dokter penanggumg jawan pelayanan.

1. Catatan penjelasan tentang rencana hasil/hasil pelayanan pengobatan/prosedur kejadian yang diharapkan/KTD (RM 4A 3)

* Penulisan identitas sosial pasien nama, umur, alamat, ruang, No RM diisi oleh perawat.
* Pada kolom tanggal/jam, nama dokter, uraian dan tanda tangan diisi oleh dokter.

1. Formulir informasi pasien

* Penulisan identitas sosial pasien nama, No.RM, ruang diisi oleh perawat.
* Pada kolom tanggal/jam, informasi, tanda tangan perawat diisi oleh perawat sedangakan pada kolom tanda tangan pasien diisi oleh pasien dengan membubuhkan tanda tangan.

1. Formulir resep (RM 4B)

Pada formulir resep, untuk identifikasi yang berisi nama, no rekam medis, umur, jenis kelamin di isi oleh perawat, untuk penempelan resepnya juga dilakukan oleh perawat.

1. Formulir grafik (RM 5)
2. Penulisan identitas sosial pasien nama, umur, No.RM, ruang diisi oleh perawat.
3. Pada kolom tanggal, membuat grafik suhu dan nadi, pernafasan, tekanan darah, BB/TB, cairan masuk dan keuar, obat-obatan parenteral, obatobatan per OS diisi oleh perawat.
4. Formulir Hasil pemeriksaan ECG (RM 5A)
5. Penulisan identitas sosial pasien berisi nama, umur, jenis kelamin, ruang, NO.RM dan kolom tanggal pemeriksaan dan dokter diisi oleh perawat.
6. Pada kolom hasil atau kesan pada blok B diisi oleh dokter dengan membubuhkan tanda tangan/nama terang.
7. Formulir ECG (RM 5B)

Pada formulir ECG, untuk identifikasi yang berisi nama, no rekam medis, umur, jenis kelamin, ruang di isi oleh perawat, untuk tanggal/jam pemeriksaan dan penempelan hasil ECG juga dilakukan oleh perawat.

1. Formulir Hasil-hasil Pemeriksaan Laboratorium dan X-Ray/Foto (RM 6)  
   Pada formulir hasil-hasil pemeriksaan laboratorium dan x-ray/foto, untuk identifikasi yang berisi nama, no rekam medis, umur, jenis kelamin, ruang diisi oleh perawat dan penempelan hasil laboratorium dan x-ray/foto juga dilakukan oleh perawat.
2. Formulir Jawaban Konsultasi Gizi (RM Gizi 6a.3)

Pada kolom identifikasi pasien berisi nama, No.RM, Umur, jenis kelamin, anamnesa diet, anjuran diet, keterangan dan tanda tangan /nama terang diisi oleh nutrisionis.

1. Formulir Asuhan Gizi (RM Gizi 6a.5)
2. Pada kolom identifikasi pasien berisi nama umur, BB, jenis kelamin, No.RM, dan ruang diisi oleh perawat.
3. Pada kolom jenis konsultasi dan tanda tangan/nama terang diisi oleh nutrisionis.
4. Formulir Persetujuan Tindakan Medis (RM 7A)
5. Pada kolom saya yang bertanda tangan dibawah ini berisi nama, umur, jenis kelamin, alamat, telp/hp dan pada kolom terhadap diri saya sendiri/istri/anak/ibu saya berisi nama, umur, jenis kelamin, alamat, dirawat, No RM diisi oleh pasien/keluarga.
6. Pada kolom persetujuan untuk dilakukan tindakan medis diisin oleh perawat/dokter.
7. Pada kolom tanda tangan/nama terang diisi oleh tanda tangan/nama tarang pasien, tanda tangan/nama terang pihak pasien, tanda tangan/nama terang dokter dan tanda tangan/nama terang pihak rumah sakit/perawat.
8. Formulir Persetujuan Biaya Pemakaian Obat (RM Apt 7A)
9. Penulisan identitas sosial pasien berisi nama, umur, jenis kelamin, No.RM, ruang dan tanggal, nama obat, harga satuan, jumlah, total biaya, nama terang dan tanda tangan yang menjelaskan diisi oleh pasien.
10. Pada kolom yang menyetujui disi oleh tanda tangan dan nama terang pasien/keluarga.
11. Formulir Penolakan Tindakan Medis (RM 7 B)
12. Pada kolom saya yang bertanda tangan dibawah ini berisi nama, umur, jenis kelamin, alamat, telp/hp dan pada kolom terhadap diri saya sendiri/istri/anak/ibu saya berisi nama, umur, jenis kelamin, alamat, dirawat, No RM diisi oleh pasien/keluarga.
13. Pada kolom penolakan untuk dilakukan tindakan medis diisin oleh perawat/dokter.
14. Pada kolom tanda tangan/nama terang diisi oleh tanda tangan/nama tarang pasien, tanda tangan/nama terang pihak pasien, tanda tangan/nama terang dokter dan tanda tangan/nama terang pihak rumah sakit/perawat.
15. Formulir Pernyataan Persetujuan Perawatan Intensif
16. Pada kolom yang bertanda tangan dibawah ini berisi nama, umur, jenis kelamin, alamat, No telp dan pada kolom persetujuan untuk dilakukan perawatan intensif terhadap diri saya/suami/istri/anak/ayah/ibu saya berisi nama, umur, jenis kelamin, alamat, No RM serta tanda tangan/nama terang yang menyatakan diisi oleh pasien/keluarga.
17. Pada kolom tanda tangan/nama terang dokter/perawat/bidan diisi oleh dokter/perawat/bidan.
18. Formulir Program Pemberian Therapi Cystostatika
19. Pada kolom nama, No register, diagnosa, dirawat oleh dokter, ruang dan mengetahui kepala ruang/perawat jaga dengan membubuhkan tanda tangan diisi oleh perawat.
20. Pada kolo hari/tanggal, nama obat dan cara pemberian dan dokter yang merawat dengan membubuhkan tanda tangan diisi oleh dokter.
21. Formulir Edoskopi Cystoskopy-Urethroskopi (ECU)
22. Penulisan nama, umur, jenis kelamin, pekerjaan, No.RM, ruang, tanggal diisi oleh perawat.
23. Pada kolom pemeriksaan fisik, cystoskopi-urethroskopi, laboratorium, pemeriksaan rontgen, kesimpulan & nasehat serta tanda tangan/nama terang diisi oleh dokter.
24. Formulir Serah Terima Pasien Operasi
25. Penulisan identitas sosial pasien berisi nama, umur, jenis kelamin, No.RM, ruang dan diagnosa pre operasi, rencana operasi, dokter operator, dokter anastesi, keadaan umum, keadaan khusus, kesadaran, BB/TB, daftar pengecekan, keterangan, nama dan tanda tangan petugas ruang diisi oleh perawat ruang.
26. Pada kolom sesudah operasi dan nama/tanda tangan petugas kamar bedah diisi oleh perawat kamar bedah
27. Formulir Laporan Operasi (RM 7)
28. Penulisan identitas sosial pasien berisi nama, umur, No.RM, ruang dan nama ahli bedah, nama anastesi, nama perawat, nama ahli anastesi, jenis anastesi, tanggal operasi, jam operasi dimulai, jam operasi selesai dan lama operasi berlangsung diisi oleh perawat.
29. Pada kolom diagnosa pre operasi, diagnosa post operasi, macam pembedahan, jaringan yang di eksisi / insisi, macam-macam operasi, dikirim untuk pemeriksaan, laporan operasi dan tanda tangan/nama terang diisi oleh dokter.
30. Formulir Persetujuan Tindakan Anastesi/Pembiusan (RM An)
31. Pada kolom yang bertanda tangan dibawah ini berisi nama, umur, jenis kelamin, alamat, telp/hp dan pada kolom persetujuan kepada dokter RS untuk melakukan tindakan medis berupa anastesi/pembiusan terhadap diri saya/ istri/ anak/ ayah/ ibu saya berisi nama, umur, jenis kelamin, alamat, dirawat, No RM diisi oleh pasien/keluarga.
32. Pada kolom tanda tangan/nama terang diisi oleh tanda tangan/nama tarang pasien, tanda tangan/nama terang pihak pasien, tanda tangan/nama terang dokter dan tanda tangan/nama terang pihak rumah sakit/perawat.
33. Formulir Laporan Anastesi (RM An)
34. Penulisan identitas sosial pasien berisi nama umur, jenis kelamin, No.RM, ruang dan nama ahli anastesi, nama ahli bedah, nama perawat anastesi, jenis anastesi, teknik anastesi, premedikasi, tanggal operasi, jam anastesidimulai, jam anastesiselesai, lama anastesi, permulaan /akhir anastesi, permulaan /akhir operasi, intubasi/extubasi, tekanan darah, denyut nadi, respirasi, keterangan obat diisi oleh perawat.
35. Pada kolom instruksi post operasi dan tanda tangan/nama terang diisi oleh dokter ahli anastesi.
36. Formulir Kontrol Istimewa (RM 8)  
    Penulisan identitas sosial pasien berisi nama, umur, jenis kelamin, No.RM, ruang dan tanggal, jam, suhu, HR/Nadi, TD & MAP, RR/SpO2, tindakan per os/sonde dan parental, therapi, output dan catatan kesadaran/lain-lain disi oleh perawat.
37. Formulir Anamnese Bagian Kebidanan (RM 9)
38. Penulisan nama, umur, jenis kelamin, No.RM, ruang dan pada kolom khusus untuk bayi lahir, mulai dirawat diisi oleh perawat.
39. Pada kolom keadaan sekarang dan alasan dirawat, haid, perkawinan, riwayat obstetrik, keadaan kehamilan, perasalinan, keguguran dan nifas, umur sekarang/tgl lahir, keadaan anak, tempat pearwatan dan no daftar penyakit dan operasi yang pernah dialami, kehamilan sekarang, keluarga berencana sebelum kehamilan ini dan tanda tangan/nama terang diisi oleh dokter.
40. Formulir Obstetrik Bagian Kebidanan (RM 10)
41. Penulisan nama, umur, jenis kelamin, No.RM, ruang, tanggal, jam dan dokter diisi oleh perawat.
42. Pada kolom Status praesens, status obstetrik, pemeriksaan laboratorium, kesimpulan sementara dan tanda tangan/nama terang diisi oleh dokter.
43. Formulir Laporan Persalinan (RM 11)  
    Penulisan nama, umur, jenis kelamin, No.RM, ruang, masuk kamar bersalin tanggal dan jam dan pada kolom tanggal/jam, nadi/tensi/suhu, His, detik jantung janin dan keadaan umum diisi oleh perawat.
44. Formulir Nifas (RM 12)
45. Penulisan nama, umur, jenis kelamin, No.RM, ruang diisi oleh perawat.
46. Pada kolom tanggal, keadaan umum, mammae/laktasi, uterus, lochea, vulva dan pemeriksaan sebelum pulang pada ibu dan anak, kontrapsesi dan kesimpulan terakhir diisi oleh perawat dan dokter.
47. Pada kolom tanda tangan/nama terang di isi oleh dokter.
48. Formulir Catatan Perkembangan (RM 12A)  
    Penulisan identitas sosial pasien berisi nama, umur, jenis kelamin, No.RM, ruang dan tanggal/jam, catatan perkembangan, tanda tangan&nama terang diisi oleh perawat.
49. Formulir Catatan Perawat (Pemberian oba-obatan) (RM 13)  
    Penulisan identitas sosial pasien berisi nama, umur, jenis kelamin, No.RM, ruang dan tanggal, obat-obatan peroral dan obat parental/injeksi diisi oleh perawat.
50. Formulir Rekaman Asuhan Keperawatan (Data Dasar/Ringkasan Pengkajian) (RM 14)

Pada identitas, riwayat kesehatan, perkembangan dan pertumbuhan (untuk pasien balita), kebiasaan kesehatan, kesehatan reproduksi (pasien wanita/ibu hamil), psikologi, sosial, informasi spritual/keyakinan, informasi penunjang, diagnosa keperawatan, tanggal, ruang, tanda tangan diisi oleh perawat.

1. Formulir Rekaman Asuhan Keperawatan Pelaksanaan Perawatan Kesehatan (RM 14A)

Penulisan identitas sosial pasien berisi nama, umur, jenis kelamin, No.RM dan ruang, tanggal/jam, data fokusdiagnosa keperawatan, perencanaan, jam, tindakan & respon pasien, tanda tangan, evaluasi diisi oleh perawat.

1. Formulir Rehabilitasi Medik (RM 15)  
   Penulisan nama, umur, jenis kelamin, alamat, pekerjaan, No.RM, dokter, penanggung jawab, ruang, tanggal, anamnesis / pemeriksaan fisik dan assesment, program rehabilitasi medik dan tnda tangan / nama terang diisi oleh perawat.
2. Formulir Rehabilitasi Medik (RM15A)
3. Penulisan nama, umur, jenis kelamin, alamat, ruang, No.RM, konsulen, diagnosa, tanggal pemeriksaan pertama diisi oleh perawat.
4. Pada kolom fisioterapi, terapi wicara, psikologi, OP, OT, program terapi, pemeriksaan, tanggal, ke, pelaksanaan program, evaluasi dan tanda tangan/nama terang diisi oleh dokter.
5. Formulir Resume Pasien Keluar (RM 16A)
6. Penulisan identitas sosial pasien berisi nama, umur, jenis kelamin, agama, alamat, No.RM dan ruang, tanggal masuk, tanggal keluar, dokter yang merawat diisi oleh perawat.
7. Pada kolom riwayat penyakit, pemeriksaan fisik, diagnosa masuk, hasil penunjang diagnosa, operasi/tindakan, diagnosa akhir, komplikasi, terapi pulang, keadaan pulang, saran/anjuran dan tanda tangan/nama terang diisi oleh dokter yang merawat.
8. Formulir Bimbingan Rohani Pasien
9. Penulisan nama, umur, jenis kelamin, No.RM, ruang diisi oleh perawat.
10. Pada kolom tanggal/jam, kondisi pasien, motovasi rohani, bimbingan ibadah, respon pasien dan kolom petugas diisi oleh bagian kerohanian.
11. Formulir Surat Persetujuan (RM 31)
12. Pada kolom yang bertanda tangan dibawah ini berisi nama, umur, jenis kelamin, alamat, No RM dan pada kolom VIP, Kelas II, Kelas IA, Kelas II (isolasi), Kelas IB, Kelas III, Kelas IC dan ICU dan tanda tangan/nama terang yang menyatakan diisi oleh pasien/keluarga.
13. Pada kolom petugas registrasi diisi oleh petugas registrasi dengan membubuhkan tanda tangan dan nama terang.