



RSUD dr. MURJANI SAMPIT

Jl. H.M. Arsyad No. 65 Sampit

Telepon (0531) 21010

LABEL  
IDENTITAS PASIEN

## FORMULIR PENOLAKAN RESUSITASI (DNR)

PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima informasi/ pemberi Penolakan*			
NO.	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (V)
1.	Diagnosis (WD & DD)		
2.	Dasar Diagnosis		
3.	Tindakan Kedokteran		
4.	Indikasi Tindakan		
5.	Tata Cara		
6.	Tujuan		
7.	Resiko		
8.	Komplikasi		
9.	Prognosis		
10.	Alternatif & Resiko		
11.	Lain – lain		
Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal – hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/ atau berdiskusi			
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagai mana diatas yang saya beri tanda/ paraf di kolom kanan nyadan telah memahami nya			
* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat			
<b>PENOLAKAN TINDAKAN RESUSITASI (DNR)</b>			
<p>Yang bertanda tangan di bawah ini, saya nama _____, umur _____ tahun, laki – laki/perempuan *, alamat _____ dengan ini menyatakan _____, penolakan untuk dilakukannya tindakan RESUSITASI terhadap saya/ _____* bernama _____, umur _____ tahun, laki – laki/ perempuan *, alamat _____, saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah di jelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan. saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya tindakan RESUSITASI tersebut.</p> <p>Sampit, tanggal _____ pukul _____</p> <p>Yang menyatakan*                      Dokter                      Saksi 1                      Saksi 2</p> <p>( _____ )                      ( _____ )                      ( _____ )                      ( _____ )</p>			