**FORMULIR PERSETUJUAN PROSEDUR TINDAKAN RADIOLOGI**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PEMBERIAN INFORMASI** | | | | | |
| Nama dokter pemberi penjelasan | |  | | | |
| Nama Pasien | |  | | | |
| Nomor Rekam Medis | |  | | | |
| Tempat / tanggal lahir | | Umur | |  | |
| Jeniskelamin | | L / P \* jika perempuan maka sedang / tidak sedang  mengandung\* | | | |
| Alamat pasien | |  | | | |
| Jika penerima informasi bukan pasien \*\*, lengkapi isian pada dua kolom dibawah | | | | | |
| Nama penerima informasi | |  | | | |
| Hubungan dengan pasien | |  | | | |
| NO. | JENIS INFORMASI | ISIAN INFORMASI | | | Tanda / Paraf |
| 1. | Prosedur tindakan yang akan dilakukan | Pada pasien ini akan dilakukan prosedur  Diagnostik berupa  dengan spesifikasi : | | |  |
| 2. | Persiapan pasien menghadapi prosedur diagnostik\*\*) | Pasien yang menjalani prosedur ini, kami  Nyatakan perlu / tidak perlu \*\* melakukan persiapan menghadapi prosedur tersebut.  Persiapan yang perlu dilakukan pasien adalah | | |  |
| 3. | Hal - hal yang perlu menjadi perhatian | Sesuai dengan identifikasi resiko prosedur yang akan dilakukan ( terlampir ). | | |  |
| Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal – hal diatas  Secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan / atau berdiskusi | | | Tanda tangan Dokter: | | |
| Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dari Dokter sebagai mana diatas kemudian saya beri tanda / paraf | | | Tanda tangan Pasien / Wali  Pasien: | | |
| \*Coret pada pernyataan yang tidak sesuai  \*\*Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat (suami, istri , ayah / ibu kandung, kakak / adik kandung, anak kandung ) | | | | | |
| **PERSETUJUAN PROSEDUR TINDAKAN RADIOLOGI** | | | | | |
| Yang bertanda tangan dibawah in i,saya , nama umur\_tahun, Laki-laki / perempuan\*, alamat. Menyatakan:   1. Saya memahami perlunya dan manfaat prosedur tindakan radiologi sebagaimana telah dijelaskan sepert idiatas kepada saya , termasuk resiko yang mungkin timbul.      1. SETUJU dilakukannya prosedur tindakan radiologi berupa   Terhadap diri saya / pihak yang saya wakili \*  ,tanggal / pukul  Yangmenyatakan\* Dokter Saksi1 Saksi2  ( ) ( ) ( ) ( ) | | | | | |

**FORMULIR PENOLAKAN PROSEDUR TINDAKAN RADIOLOGI**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **PEMBERIAN INFORMASI** | | | | | |
| Nama dokter pemberi penjelasan | |  | | | |
| NamaPasien | |  | | | |
| Nomor Rekam Medis | |  | | | |
| Tempat / tanggal lahir | | Umur | |  | |
| Jeniskelamin | | L/P\* jika perempuan maka sedang / tidak sedang  mengandung\* | | | |
| Alamat pasien | |  | | | |
| Jika penerima informasi bukan pasien\*\*,lengkapi isian pada dua kolom dibawah | | | | | |
| Nama penerima informasi | |  | | | |
| Hubungan dengan pasien | |  | | | |
| NO. | JENISINFORMASI | ISIANINFORMASI | | | Tanda/Paraf |
| 1 | Prosedur diagnostic yang akan dilakukan | Pada pasien ini akan dilakukan prosedur diagnostic berupa  Dengan spesifikasi: | | |  |
| 2 | Persiapan pasien menghadapi prosedur diagnostik\*\*) | Pasien yang menjalanI prosedur ini ,kami  Nyatakan perlu / tidak perlu\* melakukan persiapan menghadapi prosedur diagnostik.  Persiapan yang perlu dilakukan pasien adalah | | |  |
| 3. | Hal-hal yang perlu menjadi perhatian | Sesuai dengan identifikasi resiko prosedur yang akan dilakukan (terlampir) | | |  |
| Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal diatas  Secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan / atau berdiskusi | | | TandatanganDokter: | | |
| DenganinimenyatakanbahwasayatelahmenerimainformasidariDoktersebagaimanadiataskemudiansayaberitanda/paraf | | | TandatanganPasien/Wali  Pasien: | | |
| \*Coret pada pernyataan yang tidak sesuai  \*\*Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat (suami, istri, ayah / ibu kandung, kakak / adik kandung, anak kandung) | | | | | |
| **PENOLAKAN PROSEDUR TINDAKAN RADIOLOGI** | | | | | |
| Yang bertanda tangan dibawah ini,saya,nama ...................................... umur .......... tahun,Laki-laki/ perempuan\* alamat. .......................  Menyatakan :  1. Saya memahami perlunya dan manfaat prosedur tindakan sebagaimana telah dijelaskan sepert idi atas kepada saya, termasuk resiko yang mungkin timbul  2. MENOLAK\*\*dilakukannya prosedur tindakan radiologi berupa .............................  terhadap diri saya / pihak yang saya wakili\*.Penolakan tersebut saya ambil berdasar pertimbangan  ,tanggal . pukul  Yangmenyatakan\* Dokter Saksi1 Saksi2    ( ) ( ) ( ) ( ) | | | | | |