|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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 jeas 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 kompoten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat | | | |
| **PENOLAKAN TINDAKAN RESUSITASI (DNR)** | | | |
| 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.  Sampit, tanggal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_pukul \_\_\_\_\_\_\_\_\_  Yang menyatakan\* Dokter Saksi 1 Saksi 2  (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) (\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) | | | |

FORMULIR PENOLAKAN RESUSITASI (DNR)