|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Description: Description: bms-blkPEMERINTAH KABUPATEN BANYUMAS  **RUMAH SAKIT UMUM DAERAH AJIBARANG**  Jl. Raya Pancasan – Ajibarang  Telp. (0281) 6570004 Fax. (0281) 6570005  E-mail : rsudajibarang@banyumaskab.go.id | | | **CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI**  **(CPPT)** | | **NO RM:**  **Nama :..................................**  **Tgl lahir :...................................**  (*Harap diisi atau menempelkan label/stiker bila ada*) | |
| **TGL JAM** | **PROFESI** | **HASIL ASESMEN**  **PENATALAKSANAAN PASIEN**  (Tulis dengan format SOAP, disertai Sasaran, Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan) | | **INSTRUKSI PPA**  **TERMASUK PASCA BEDAH**  (Instruksi ditulis  dengan rinci dan jelas) | | **VERIFIKASI DPJP**  (DPJP harus membaca/mereview seluruh Rencana Asuhan) |
| ${tanggal} |  | ${soap} | | ${ppa} | | ${dpjp} |

*Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan jelas dan benar.* **No. 004** /RM-IGD/RI/RJ/Rev-1/2017, Lembar 1 dari 2

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TGL JAM** | **PROFESI** | **HASIL ASESMEN**  **PENATALAKSANAAN PASIEN**  (Tulis dengan format SOAP, disertai Sasaran, Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan) | **INSTRUKSI PPA TERMASUK PASCA BEDAH**  (Instruksi ditulis  dengan rinci dan jelas) | **VERIFIKASI DPJP**  (DPJP harus membaca/mereview seluruh Rencana Asuhan) |
|  |  |  |  |  |

*Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan jelas dan benar.* **No. 004** /RM-IGD/RI/RJ/Rev-1/2017, Lembar 2 dari 2