ASESMEN AWAL PASIEN RAWAT JALAN

Nama Pasien No RM	: :	
Tgl Lahir/Umur	:	
Jenis Kelamin	: L / P*	Unit : Bedah
No Register	:	Instalasi : IRNA / IRJA*
Tgl Masuk	:	

Nama DPJP Nama PPJP (Tempelkan stiker identitas pasien jika tersedia) *coret yang tidak perlu _ Tidak _ Ya, sebutkan : Alergi Nyeri Skor Nyeri metode VAS / Wong Baker / CPOT* = Skrining gr / Kg* TB· cm BB: _ Underweight (< 18.5) $_$ Overweight (25.5-29.99) kg / m² Indeks Massa Tubuh (IMT): Normal (18.5 – 24.99) Obese (≥ 30) Tanda Vital mmHg Nadi: x/menit RR: x/menit Suhu: Riwayat Penyakit Riwayat didapatkan dari _ Autoanamnesis _ Alloanamnesis dengan Hubungan dengan Pasien Riwayat Penyakit (Lokasi, Onset dan Kronologis, Kualitas, Kuantitas, Faktor Memperberat, Faktor Memperingan, Gejala Penyerta) Obat-obatan yang sedang dikonsumsi dan/atau dibawa pasien saat ini Pemeriksaan Penunjang dan hasil yang sudah ada **Status General** Kondisi Umum _ Baik _ Tampak Sakit _ Sesak _ Pucat _ Lemah _ Kejang _ Lainnya: Jantung Inspeksi Paru : _ lctus cordis _____ Palpasi Inspeksi :_ _ Thrill _ Lain-lain _ Palpasi Perkusi : ___ Perkusi Auskultasi: S1 (), S2 () / (A2 , P2) Auskultasi: __ _ Gallop _ Bising : Dokter **Status Lokalis** (Pemeriksaan terkait keluhan saat ini) Informasi Tambahan Diagnosis Kerja / Diagnosis Banding Instruksi Awal Dokter Purwokerto, Tgl Purwokerto, Tgl Jam Purwokerto, Tgl Jam __ Tanda Tangan DPJP Tanda Tangan Dokter Umum (bila ada) Tanda Tangan Perawat Nama: Nama: Nama:

REKAM MEDIS RAWAT JALAN

RM.1. Rev. 1.2015 lanjutkan ke halaman berikutnya Keterangan : *) Coret yang tidak perlu Nama Terang & Tanda Tangan Catatan Kemajuan, Rencana Tindakan dan Terapi Profesi Tanggal Jam

RSKB "JATIWIN Jl. Jatiwinangun No. 54, P	IANGUN" Purwokerto	REKAM MEDIS RAWAT JA	LAN	RM.1. Rev. 1.20

Nama Pasien No RM

LEMBAR CATATAN

REKAM MEDIS RAWAT JALAN

RM.1. Rev. 1.2015

TERINTEGRASI

Tgl Lahir/Umur :

Jenis Kelamin : L / P*

: Bedah Instalasi : IRNA / IRJA*

Tanda Tangan

No Register

Tgl Masuk Nama DPJP

Nama PPJP

(Tempelkan stiker identitas pasien jika tersedia)

Unit

Tanggal	Jam	Catatan Kemajuan, Rencana Tindakan dan Terapi	Profesi	Nama Terang & Tanda Tangan
Keterangan : *) Coret y	ang tidak ner	lu	lanii	tkan ke halaman berikutnya
Tanggal	Jam	Catatan Kemajuan, Rencana Tindakan dan Terapi	Profesi	Nama Terang & Tanda Tangan

RSKB "JATIWIN" Jl. Jatiwinangun No. 54,	NANGUN" Purwokerto Purwokerto 53114	REKAM MEDIS	S RAWAT JALAN		RM.1. Rev. 1.20
					nm.1. nev. 1.20

LEMBAR TRANSFER

Nama Pasien No RM Tgl Lahir/Umur

Jenis Kelamin

Unit

: L / P*

No Register Instalasi: IRNA / IRJA* PASIEN EKSTERNAL Tgl Masuk Nama DPJP Nama PPJP (Tempelkan stiker identitas pasien jika tersedia) **RS** Tujuan Nama Petugas RS Tujuan yang Dihubungi Waktu Menghubungi Tanggal: Jam Alasan Transfer Waktu Transfer D Ketiadaan fasilitas & Sarana Ď Lainnya Tanggal:......Jam Demeriksaan Penunjang Dermintaan Pasien/Keluarga Kategori Pasien Transfer: Jenis Ambulan Ž Level 0 Ž Level 1 Ž Level 3 Ď Transportasi Ď Level 2 Dâ Gawat Darurat **RINGKASAN KONDISI PASIEN** Diagnosis Temuan Penting (pemeriksaan fisik dan penunjang) selama Pasien Dirawat di RSKB Jatiwinangun Prosedur Operasi yang Dilakukan Obat-obatan yang Diterima Pasien Selama Pasien Dirawat di RSKB Jatiwinangun Alat-alat yang terpasang dan tanggal pemasangan Obat / cairan yang dibawa pada saat transfer a. tgl a. jumlah c. tgl c. jumlah tgl Dokumen yang disertakan : Ď Hasil Pemeriksaan Laboratorium ື້ Hasil Pemeriksaan Radiologi : ື້ວ Lainnya : **Status Awal Pasien SEBELUM Transfer** Tanggal / Jam Kesadaran TD (mmHg) HR (x/menit) RR (x/ menit) Status Awal Pasien SELAMA Ditransfer Status Pasien SETELAH Ditransfer Kejadian & Tindakan yang Dilakukan Selama Transfer **SERAH TERIMA PASIEN** Waktu Serah Terima: Petugas yang menyerahkan Petugas yang menerima Tanggal: Jam (.....Nama dan Tanda Tangan.....) (.....Nama dan Tanda Tangan.....)

Keterangan : *) Coret yang tidak perlu

LEMBAR TRANSFER

Nama Pasien No RM

PASIEN INTERNAL

Tgl Lahir/Umur :

Jenis Kelamin : L / P*

Ruang: Kelas:

No Register : Tgl Masuk :

	Nama DPJP : Nama PPJP :				
		(Tempelkan stiker identitas pasien jika tersedia)			
Unit Tujuan	Nama Petugas Unit Tujuan ya	ıng Dihubungi	Waktu Menghubung	i	
			Tanggal :	Jam	
Alasan Transfer			_		
Ď Kondisi Klinis	Ď Lainnya	Waktu Tra			
Ď Permintaan Pasien/Keluarga	•	Tanggal:.		Jam	
Kategori Pasien Transfer : Ž Le	evel 0 – Ž Level 1 – Ž l	Level 2	Ď Level 3		
	RINGKASAN	KONDISI PASI	EN		
Alat-alat yang Terpasang dan T	anggal Pemasangan	Obat / Cai	Obat / Cairan yang Dibawa pada saat Transfer		
a	tgl	a		jumlah	
b	tgl	b		jumlah	
C	tgl	c		jumlah	
d	tgl	d		jumlah	
e	tgl	e		jumlah	
Dokumen yang Disertakan		Informasi v	ang Diberikan		
Ž Rekam Medik		_	an Tarif Ruangan (trans	fer internal)	
Ď Hasil Pemeriksaan Laboratori	ium	_	dakan/Operasi/Pemeriks		
Ď Hasil Pemeriksaan Radiologi					
Ď Lainnya :		3 Laminya			
J Lailitya					
	Status Awal Pasie	n SEBELUM Di	transfer		
Kesadaran :	TD :mm	1	x/mnt	RR:x/mnt	
	Status Pasien S				
Kesadaran :	TD :mm	ıHg HR:	x/mnt	RR:x/mnt	
Catatan Tambahan					
	SERAH TI	ERIMA PASIEN			
		Waktu Se	rah Terima :		
S:		Tanggal:.	Tanggal : Jam		
			Petugas yang Menyerahkan		
retugas yang ivienyerankan			onyoranian		
B:	B:				
A:			Nama dan Tan	da Tangan)	
			Petugas yang Menerima		
			i ciugas yalig	Worldmin	
R:					
		(Nama dan Tan	da Tangan)	

Keterangan : *) Coret yang tidak perlu

RESUME PERAWATAN PASIEN RAWAT JALAN

Nama Pasien	:
No RM	:

Tgl Lahir/Umur

Jenis Kelamin : L / P*

		(Tempelkan stiker identitas pasien jika tersedia)		
Tanggal Kunjungan	Klinik	Diagnosis	Terapi / Tindakan	Nama Petugas Kesehatan
				:
Tanggal Kunjungan	Klinik	Diagnosis	Terapi / Tindakan	Nama Petugas Kesehatan

		RM.1. Rev. 1.2015