

# CONTOH FORMAT REKAM MEDIK

Dikembangkan oleh  
Arsad Rahim Ali  
Staf Dinas Kesehatan Kabupaten Polewali Mandar  
Sulawesi Barat.

**RINGKASAN MASUK DAN KELUAR**

PORP : .....

MR1 : .....

|                       |                        |
|-----------------------|------------------------|
| Nama pasien :         | No. Dok. Medik : ..... |
| Tanggal Lahir : ..... |                        |
| Pendidikan : .....    | Agama : .....          |
| Pekerjaan : .....     | Sex : 1. Lk 2. Pr      |
| Alamat : .....        |                        |

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| Nama Lengkap : ..... | Cara Masuk dikirim : |
|                      | 1. Dokter            |
| Status Perkawinan    | 2. Puskesmas         |
| 1. Kawin             | 3. RS. Lain          |
| 2. Belum Kawin       | 4. Instansi Lain     |
| 3. Duda              | 5. Kasus Polisi      |
|                      | 6. Datang Sendiri    |

|                                  |                  |
|----------------------------------|------------------|
| Nama Penanggung Jawab            | Tanggal Masuk :  |
| Pembayaran                       | Tanggal : .....  |
| .....                            | Bulan : .....    |
|                                  | Tahun : .....    |
|                                  | Jam : .....      |
| Nama Alamat : .....              |                  |
|                                  | Tanggal Keluar : |
| Keluarga Terdekat : .....        | Tanggal : .....  |
|                                  | Bulan : .....    |
| Bag/Spes      Ruangan      Kelas | Tahun : .....    |
|                                  | Jam : .....      |

|  |   |                  |
|--|---|------------------|
| Diagnosa Masuk : .....                                 | Lama Dirawat :      Hari                      |                  |
| Diagnosa Utama : .....                                 |   |                  |
| Akhir dan Kode   | Komplikasi : .....                            |                  |
| Penyebab Luar Cedera dan Keracunan/Morfologi Neoplasma |   |                  |
| Nama Operasi - Tindakan                                | Gol. O      Jenis Anesti      Tanggal : ..... |                  |
|  |   | No. Kode : ..... |
| Infeksi Nosokomial:                                    | Penyebab Infeksi :                            |                  |
| .....  | .....   |                  |

|   |          |           |                           |
|---|----------|-----------|---------------------------|
| Imunisasi yang pernah didapat           | 1. BCG   | 4. TFI    | Pengobatan Radioterapi/   |
|   | 2. DPT   | 5. Campak | Kedokteran Nuklir         |
|   | 3. Polio |           |                           |
| Imunisasi yang diperoleh selama dirawat | 1. BCG   | 4. TFI    | Transfusi Darah :      cc |
|   | 2. DPT   | 5. Campak |                           |
|   | 3. Polio |           |                           |

|                  |                       |
|------------------|-----------------------|
| Keadaan Keluar   | Cara Keluar           |
| 1. Sembuh        | 1. Diizinkan Pulang   |
| 2. Membaik       | 2. Pulang Paksa       |
| 3. Belum Sembuh  | 3. Lari               |
| 4. Mati < 48 Jam | 4. Pindah Rumah Sakit |
| 5. Mati > 48 Jam | 5. Dirujuk Ke : ..... |

|                     |              |
|---------------------|--------------|
| Dokter yang merawat | Tanda Tangan |
|---------------------|--------------|

Bag.

Ruangan

No. Reg

ANAMNESE

PEMERIKSAAN FISIK

- a. Keadaan Umum
- b. Kepala - Leher
- c. Thorax
- d. Abdomen
- e. Extremitas
- f. Status Neorologis

DIAGNOSA KERJA

|  |                               |                   |
|--|-------------------------------|-------------------|
| CATATAN<br>PERAWAT / BIDAN<br>Diisi oleh Paramedis | Nama : .....<br>Ruang : ..... | Umur :<br>Nomor : |
|--|-------------------------------|-------------------|

| Tanggal / Jam | Pengobatan dan Diet | Catatan | Tanda Tangan |
|---------------|---------------------|---------|--------------|
|               |                     |         |              |

HASIL PEMERIKSAAN

Nama :.....

Umur :.....

Ruangan :.....

Nomor :.....

Alamat :.....

|         |  |
|---------|--|
| Tanggal |  |
|         |  |
|         |  |
|         |  |

Diisi oleh Paramedis

Ruangan :.....

Nomor :.....

[illegible]

|               |  |  |  |  |  |
|---------------|--|--|--|--|--|
| Pernapasan    |  |  |  |  |  |
| Tekanan Darah |  |  |  |  |  |
| BB/TB         |  |  |  |  |  |
| Parenteral    |  |  |  |  |  |
| Kemih         |  |  |  |  |  |
| Muntah        |  |  |  |  |  |
| Defikasi      |  |  |  |  |  |
| Berkemih      |  |  |  |  |  |
| Catatan       |  |  |  |  |  |

POPRSO :  
MR.5

|  |   |                             |                              |
|--|---|-----------------------------|------------------------------|
| PERJALANAN PENYAKIT<br>INSTRUKSI DOKTER<br>DISISI OLEH ASS. DOKTER |   | Nama :.....<br>Ruang :..... | Umur : .....<br>Nomor :..... |
| Tanggal / Jam  | Perjalanan Penyakit<br>( Diisi Pend. Tindakan<br>yg diambil Operasi ) | Instruksi Dokter            | Tanda Tangan                 |
|  |   |                             |                              |