



**RUMAH SAKIT
SARI ASIH**

Nama :
Tanggal Lahir :
Nomor RM :
NIK :

FORMULIR TRANSFER PASIEN ANTAR RUMAH SAKIT

Jenis Kelamin L / P : Tanggal Masuk :
DPJP : Ruang / Kamar :
Tanggal / Jam Pindah :
Pindah ke Rumah Sakit :

I. RINGKASAN RIWAYAT PASIEN

Anamnesis

☐ Keluhan Utama :

☐ Indikasi Rawat :

☐ Riwayat Penyakit :

☐ Riwayat Alergi :

☐ Risiko Jatuh : ☐ Risiko Nyeri :

Pemeriksaan Fisik :

☐ Tekanan darah : mmHg ☐ Nadi : x/mnt ☐ Suhu : °C ☐ Pernapasan : x/mnt

☐ Status Generalis :

☐ Status Khusus :

II. PEMERIKSAAN PENUNJANG YANG SUDAH DILAKUKAN

.....
.....
.....

III DIAGNOSA

.....
.....

IV. PROSEDUR ATAU TINDAKAN YANG DILAKUKAN

☐ Transfusi : Jenis darah Golongan darah Kolf darah yang terpasang yang Ke :

V. OBAT YANG DIBERIKAN

☐ Infus :

☐ Obat Injeksi :

1. 5.

2. 6.

3. 7.

4. 8.

☐ Obat Oral :

1. 4.

2. 5.

3. 6.

DERAJAT KEBUTUHAN PERAWATAN PASIEN

☐ Derajat 0 ☐ Derajat 0.5 ☐ Derajat 1

☐ Derajat 2 ☐ Derajat 3

MONITORING PASIEN SELAMA PROSES TRANSFER KE RUMAH SAKIT LAIN

MONITORING SELAMA TRANSFER																								
Jam																								
Saturasi O2																								
Obat																								
P	N																							
28		220																						
26		200																						
24		180																						
20		140																						
18		120																						
16		100																						
12		90																						
10	180	80																						
8	160	70																						
	140	60																						
	120	40																						
	100	20																						
	80	40																						
	60	30																						

KONDISI PASIEN

Sebelum transfer	Keadaan Umum : Kesadaran : Pemeriksaan Tanda-tanda vital : Tekanan Darah : mmHg Nafas : x / mnt Suhu : °C Nadi : x/ mnt Catatan Penting
Selama transfer	Keadaan Umum : Kesadaran : Catatan Penting
Setelah transfer	Keadaan Umum : Kesadaran : Pemeriksaan Tanda-tanda vital : Tekanan Darah : mmHg Nafas : x / mnt Suhu : °C Nadi : x/ mnt Catatan Penting

**Petugas yang menyerahkan
Petugas Medis**

(_____)

**Petugas yang menerima
Petugas Medis**

(_____)