

RINGKASAN MASUK & KELUAR
RS. PIKES PANAKKUKANG MKS

No. Rekam Medik											
Agama			SEX 1 LK <input type="checkbox"/> 2 PR <input type="checkbox"/>								
Nama Pasien :			Peserta askes : No								
Tgl Lahir :			Peserta JPS : No								
Pendidikan :			Cara Penerimaan Melalui : 1 URJ 2. IRD								
Pekerjaan :			3. Langsung TP2RN								
Alamat Lengkap :			Cara Masuk Dikirim Oleh :								
Telp/ Hp :			1. Dokter <input type="checkbox"/> 6. Datang Sendiri <input type="checkbox"/>								
Status Perkawinan :			2. Puskesmas <input type="checkbox"/>								
1. Kawin <input type="checkbox"/> 4. Duda <input type="checkbox"/>			3. RS.Lain <input type="checkbox"/>								
2. Belum kawin <input type="checkbox"/> 5. Dibawah umur <input type="checkbox"/>			4. Instalasi lain <input type="checkbox"/>								
3. Janda <input type="checkbox"/>			5. Kasus Polisi <input type="checkbox"/>								
Nama Penanggung Jawab Pembayaran :			Tanggal Masuk		Tgl		Bln		Thn		
			Jam								
Nama / Alamat Keluarga Terdekat :			Dipindahkan Ke Ruang		Tgl / Bln						
Bag / Spes			Ruang rawat			Kelas			Tanggal Keluar		
Diagnosa Masuk			Lama Dirawat :Hari								
1.									No. Kode		
2.											
3.											
4.											
Komplikasi											
Penyebab Luar Cedera & Keracunan / Monologi Neoplasita											
Nama Operasi / Tindakan			Gol. Operasi			Jenis Anastesi		Tgl		No. Kode	
1.											
2.											
Infeksi Nosikomial :						Penyebab Infeksi :					
Imunisasi Yang Pernah Didapat :						Pengobatan Radio Therapi / Kedokteran/ Nuklir					
1. BCG <input type="checkbox"/> 3. Polio <input type="checkbox"/> 5. TFT <input type="checkbox"/> 7. Campak <input type="checkbox"/>											
2. DPT <input type="checkbox"/> 4. Virus Hepatitis <input type="checkbox"/>											
Keadaan Keluar : 1. Sembuh <input type="checkbox"/>											
2. Membaik <input type="checkbox"/> 3. Belum Sembuh <input type="checkbox"/>											
4. Mati < 48 Jam <input type="checkbox"/> 5. Mati > 48 Jam <input type="checkbox"/>						Transfusi Darah :CC / Gol					
Imunisasi yang diperoleh selama dirawat :						Cara Keluar					
						1. Diijinkan pulang 4. Lari					
						2. Pulang Paksa 5. Pindah RS lain					
						3. Dirujuk Ke.....					
Tanda Tangan Dokter Yang Merawat :											

RESUME

RS. PIKES PANAKKUKANG MAKASAR

MR 2

RESUME AKHIR PELAYANAN (Di Isi Oleh Dokter)	Nama :	Umur :
	Ruangan :	No.RM :
	Diagnose Utama Akhir :	

Mengapa Pasien Masuk Rumah Sakit
(Uraian Singkat Tentang Keluhan Utama Dan Riwayat Penyakit Sekarang)

Apakah Hasil-Hasil Penting Pemeriksaan Laboratorium, Rontgen, Fisik dll (Termasuk Hasil Negatif yang Mungkin Sama Pentingnya Dengan Hasil Positif Dan Lain-Lain)

Apakah Pengobatan Medis Maupun Operasi Yang Diberikan Memberikan Respon Yang Baik (Termasuk Komplikasi, Konsultasi, Dll)

Bagaimana Keadaan Pasien Pada Saat Keluar R.S
(Perlu Obat Jalan, Maupun Bergerak Sendiri, Maupun Untuk Berjalan Dll)

Apakah Anjuran Pengobatan / Perawatan Yang Diberikan
(Nama Obat Dan Dosisnya, Tindakan Pengobatan Lanjut, Dirujuk Kemana, Perjanjian Untuk Datang Lagi, Dll)

Dokter Yang Merawat
Nama :
Tanda Tangan :

Makassar,

Data Keniatan Medis	Nama :		No. RM :
	Umur :		Ruang :
Tanggal	Jam Kegiatan	Nama Dokter	Ttd Dokter

	Nama :	NO. RM :
	Ruangan :	Umur :
<p>Anamnose Tanggal :</p>		
<p>Status Praesens :.....Tanggal.....</p>		
<p>Status Generalis :.....</p>		
<p>Keadaan Umum :.....Keadaan Makanan :.....</p>		
<p>Keadaan Jiwa :.....Nadi.....Derajat.....</p>		
<p>Warna Kulit :.....Udeoen :.....</p>		
<p>Gerakan Pupillon :.....Patellair :.....</p>		
<p>Lidah :.....Gigi.....Kerongkongan.....</p>		
<p>Leher :.....</p>		
<p>Data :.....Jantung.....Paru – Paru.....</p>		
<p>Perut :.....Hati.....Limpah.....Darah :.....</p>		
<p>Kemaluan :.....</p>		
<p>Tangan :.....Air Seni Putih Telur :.....Glukosa :.....</p>		
<p>Kaki :.....Sedimen :.....</p>		

Bagian Penyakit Dalam

RM. 3b

	Nama :	No. RM :	
	Umur :	Ruang :	
Keluhan Utama	Penyakit Sekarang	Riwayat Keluhan	Pemeriksaan Fisik

Nama Ibu	Klinik Kebidanan	Nomor
Ruangan		
Kehamilan Sekarang :	G P	A
Pemeriksaan Ante Hatal :	<div> Terdaftar Tidak Terdaftar Taksiran </div>	Pemeriksaan Teratur Pemeriksaan Tak Teratur Parabus
Hari Pertama Haid Terakhir :	Anemi	Ditium Coris
Penyakit Selama Hamil :	Hipertensi	Tuberkolosis
	Diakeus Lain-Lain	Lues
Komplikasi Kehamilan :	<div> Pendarahan Toksemi Lain-Lain </div>	<div> Eklampsia Disproporsi Feto Pelnik </div>
Pemeriksaan Terakhir Waktu Hamil :	<div> Golongan Darah Ibu : Hb. gr. % Lekosit W_r/VDR/KHAN Gula Darah : mrg. % Kadar Oestriol urine : Lain-Lain </div>	<div> Ayah : / mlm </div>
Kebiasaan Ibu Waktu Hamil :	<div> Anamnese Makanan : Obat Yang Dimakan : Jamu-Jamuan : Merokok : Lain-Lain : </div>	<div> Kwantet Kwantilet </div>
Riwayat Persalinan :		
Berat Badan Ibu :		
Tinggi Badan Ibu :		
Persalinan Di :	<div> RS. Umum Rumah Bersalin Lain-lain </div>	<div> Dipimpin Oleh : Dokter Bidan Lain-Lain </div>
Jenis Persalinan :		
Indikasi :		
Lamanya Persalinan :	Kala I = Jam	
Komplikasi Persalinan :	<div> Ibu Fetus </div>	<div> Kala II = Jam </div>
Medikasi Waktu Persalinan	<div> Obat-Obat Anastesi : Obat-Obat Analgetik : Obat-Obat Sedatif : Lain-Lain : </div>	<div> Diberikan Jam : Diberikan Jam : Diberikan Jam : Diberikan Jam : </div>
Lamanya Ketuban Pecah :		
Kondisi Air Ketuban :		
Volume Air Ketuban :		

Nama Ibu	Nama Bayi	Nomor
----------	-----------	-------

Keadaan Bayi Saat Lahir : Lahir Tanggal : Jam :

Jenis Kelamin ☐ Laki-Laki ☐ Perempuan

☐ Kelahiran Tanggal

Kondisi Saat Lahir ☐ Hidup ☐ Kelahiran Kembar / Multipel

☐ Mati ☐ Sebelum Persalinan

☐ Dalam Persalian

Sebab Kematian

Penilaian Bayi “ APGAR SCORE “

Tanda	0	1	2	Jumlah Nilai
Frekwensi Jantung	<input type="checkbox"/> Tidak Ada	<input type="checkbox"/> 100	<input type="checkbox"/> 100	
Usaha Bernapas	<input type="checkbox"/> Tidak ada	<input type="checkbox"/> Lambat	<input type="checkbox"/> Menangis Kuat	
Tonus Otot	<input type="checkbox"/> Lumpuh	<input type="checkbox"/> Extremitas Flexi Sedikit	<input type="checkbox"/> Gerakan Sedikit	
Reflex	<input type="checkbox"/> Tidak Beraksi	<input type="checkbox"/> Gerakan Sedikit	<input type="checkbox"/> Reaksi Melawan	
Warna	<input type="checkbox"/> Biru / Pucat	<input type="checkbox"/> Tubuh Kemerahan Tangan & Kaki Biru	<input type="checkbox"/> Kemerahan	

Penilaian 1 Menit sesudah Lahir Lengkap

Penilaian 5 Menit Sesudah Lahir lengkap

Kisah Resusitasi :
Tindakan / Ventilasi

<input type="checkbox"/> Pembersihan Jalan Napas <input type="checkbox"/> Perangsangan <input type="checkbox"/> Pemberian O ₂ biasa (Frog Breathing) <input type="checkbox"/> Pemberian O ₂ Dengan Tekanan Tidak Langsung <input type="checkbox"/> Pemberian O ₂ Dengan Tekanan Langsung (I. P.P.V) <input type="checkbox"/> External Cordias massage <input type="checkbox"/> Penghisapan Cairan Lambung	<input type="checkbox"/> Mount To Mount Breathing <input type="checkbox"/> Bag To Mount Breathing <input type="checkbox"/> Mount To Tube Breathing <input type="checkbox"/> Bag To Tube Breathing
--	--

Medikasi Pada Bayi :

☐ Natrium Bikarbonat.....%

☐ Glukose.....%

☐ Nallorpine

Plasenta : Berat

Ukuran

Kelamin

Lain-Lain Yang Perlu Dilaporkan

Tali Pesar : Panjang

Jumlah Pembulu

Darah

Kelamin

	Nama :	No. RM :	
	Umur :	Ruangan :	
Lama Penyakit	Status Imunisasi	Ringkasan Perjalanan Penyakit	Pemeriksaan Fisik Pertama

Perjalanan Penyakit / Instruksi Dokter (Diisi Oleh Ahli)	Nama :	Umur : Nomor RM :	
	Alamat :		
Tanggal / Jam	Perjalanan Penyakit	Instruksi Dokter	Tanda Tangan (Nama Jelas)

Catatan Perawat / Bidan (Diisi Oleh Paramedis)	Nama :		Umur :
	Ruangan :		
		Nomor RM :	
Tanggal / Jam	Pengobatan Dan Diet	Catatan	Tanda Tangan (Nama Jelas)

[illegible]

Pemeriksaan Penunjang Medis	Nama :	No. RM :
	Umur :	L / P :
Tanggal	Nama Penanggung Jawab	
Hasil Pemeriksaan Lab :		

Laporan Operasi		Nama :	Umur :
		Ruangan :	No. RM :
Nama Ahli Bedah :	Nama Asisten :		Nama Perawat :
Nama Ahli Anastesi :		Jenis Anastesi :	
Diagnose Pro - Operatif			
Diagnose Post - Operatif			
Jaringan yang di – eksisi/insisi		Dikirim untuk pemeriksaan P.4.	
		<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Tgl Operasi	Jam Operasi Dmulai	Jam Operasi Selesai	Lama Operasi Berlangsung
Laporan Operasi : (Jika Perlu Dapat Dilanjutkan Dihalaman Sebelah)			
Tanda Tangan Ahli Bedah :			

Lingkari yang sesuai

RUMAH SAKIT
PIKES PANAKKUKANG
MAKASSAR

PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS :

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur/Kelamin :

Alamat :

Bukti diri/KTP :

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan

PERSETUJUAN

Untuk dilakukan tindakan medis berupa**

Terhadap diri saya sendiri */istri */suami */ibu saya, * dengan

Nama :

Umur/kelamin :

Alamat :

Bukti diri/KTP :

Dirawat di

Nomor Rekam Medis :

Yang tujuan,sifat,dan perlunya tindakan medis tersebut di atas,serta resiko yang dapat di timbulkannya telah cukup di jelaskan oleh dokter dan telah saya mengerti sepenuhnya.

Demikian pernyataan ini saya buat penuh kesadaran dan tanpa paksaan

makassar

Saksi-saksi

Tanda tangan Tanda tangan yang membuat pernyataan

Paramedis Dokter

$$(\dots)$$

Nama jelas

$$\left(\begin{array}{c} \vdots \end{array} \right)$$

Nama jelas

$$(\dots)$$

Nama jelas

2.keluarga Pasien

$$(\dots)$$

- ❖ Isi dengan jenis tindakan medis yang dilakukan
- ❖ Lingkari dengan coret yang lain

RUMAH SAKIT

PIKES PANAKKUKANG PNK

PENOLAKAN TINDAKAN MEDIS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :
Umur/Kelamin :Tahun , Laki-laki/Perempuan
Alamat :
Bukti diri/KTP :
Hubungan keluarga :
Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan

PENOLAKAN

Untuk dilakukan tindakan medis berupa**

Terhadap diri saya sendiri *istri */suami */ ayah */ibu / keluarga

Nama :
Umur/kelamin :
Alamat :
Bukti diri/KTP :
Dirawat di :
Nomor Rekam Medis :

Saya juga telah menyatakan dengan sesungguhnya dengan tanpa paksaan bahwa saya

- Telah diberikan informasi dan penjelasan serta peringatan akan bahaya, resiko serta kemungkinan-kemungkinan yang timbul apabila tidak dilakukan tindakan medis berupa**
- Telah saya pahami sepenuhnya informasi dan penjelasan yang diberikan dokter
- Atas tanggung jawab dan resiko saya sendiri tetap menolak untuk dilakukan tindakan medis yang dianjurkan dokter.

Makassar.....

Saksi-saksi

Tanda tangan	Keluarga pasien	Tanda tangan	yang membuat pernyataan
Paramedis		Dokter	

(.....)	(.....)	(.....)	(.....)
Nama jelas	Nama jelas	Nama jelas	Nama jelas

- ❖ Isi dengan jenis tindakan medis yang dilakukan
- ❖ Lingkari dengan coret yang lain

RS. PIKES PANAKKUKANG MKS

LEMBAR KONSULTASI (dikirim tanpa status)	Nama :	Umur :
	Ruangan :	No. RM :
<p>Ihktiar Klinik + Lab. Singkat</p>		
<p>Konsul Yang Di Minta</p>		
<p>Dokter :</p>		
<p>Tanggal :</p>		
<p>Jawaban Di Sebelah</p>		

JAWABAN

Penemuan :

Diagnosa :

Nasehat :

Tanggal :

Konsulen :

(.....)
