

## FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

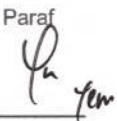
### DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP :  
Nama Lengkap : dr. Iva Tania  
Unit/Divisi/Komite : Pelayanan Medik  
No. Telepon/Ext : 1206  
E-mail : manajer.pelmed@rsintanhusada.com

Tanggal : 15 Desember 2021

### DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru  
No/Kode Formulir : 004 / F / RM / RSIH / XII / 2021  
No/Kode RM : 2.6 (untuk form medis)  
Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : 01

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	<u>10</u>
Buffer stock :	<u>5</u>
Proses PO :	<u>2 MW 65</u>
Waktu :	
Paraf 	

### Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Disesuaikan dengan panduan pelayanan terintegrasi (standar akreditasi)

### Komponen Perubahan

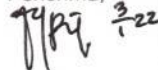
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

1. Identitas pasien revisi
2. Tidak ada keterangan jelas pengisian CPPT
3. Tidak ada verifikasi EPUP terkait arahan pasien setiap PPA.

Tanda Tangan  
Pemohon,


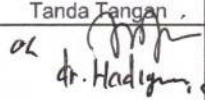


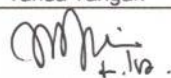



Tanda Tangan  
Penerima,

  
Rani Setia Utami  
NIP. 15070293069

### Masukan/Saran

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Logistik		Tanda Tangan	
<u>Akan diproses sesuai kebutuhan</u>			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
<u>acc bmdk.</u>			
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
<u>Revisi sudah disesuaikan.</u>			 <u>Rani Setia Utami</u> NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
<u>ACC. Segera naik cetak &amp; implementasi</u>			 <u>dr. Muhammad Hasan, MARS</u> NIP. 21110183633

\*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021 (Rev.00)



## Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama : \_\_\_\_\_  
 Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_ (L / P)\*  
 No. RM : \_\_\_\_\_  
 Ruangan/Kelas : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 Dokter yang merawat : \_\_\_\_\_  
 Penjamin : \_\_\_\_\_

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

(Diisi oleh Profesional Pemberi Asuhan)

Tanggal/ Pukul	PROFESIONAL PEMBERI ASUHAN	HASIL ASESMEN PENATALAKSANAAN PASIEN (Tulis dengan format SOAP/ADIME, disertai Sasaran Tulis Nama, beri Paraf pada akhir catatan)	INSTRUKSI DPJP TERMASUK PASCA BEDAH (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)		
<b>VERIFIKASI DPJP (Tulis Nama, Beri Paraf, Tgl dan Pukul)</b> (DPJP harus membaca/mereview seluruh Rencana Asuhan)			Nama	Paraf	Tgl/Pukul

CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI