

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : _____
 Nama Lengkap : dr. Iva tania
 Unit/Divisi/Komite : Pelayanan medis
 No. Telepon/Ext : 081320405892
 E-mail : manajer.pelmed@rsintanhusada.co.id
pm.ratih@gmail.com

Tanggal : _____

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 001/F/PM/RSIH/XII/2021
 No/Kode RM : 10.4 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : 01

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Bersedia stok formulir lama : <u>0</u>	
Buffer stock : <u>12</u>	
Proses PO : <u>2 MINGGU</u>	
Waktu : _____	
Paraf  Rani Setia Utami	


Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
diberalih dengan standar formulir pemberian informasi

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
- formulir pemberian informasi tindakan terpisah dgn
form persetujuan & pendakian tindakan

Tanda Tangan
Pemohon,

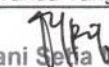
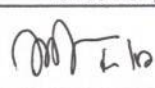

Dr. Iva Tania

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 dipasarkan sesuai dengan kebutuhan</u>			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
<u>art komdik</u>		 <u>dr. Hedyans</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>AOC Pencetakan 1 rim/UNT</u> <u>Kolom "ISI INFORMASI" diperbesar</u>			 <u>dr. Muhammad Hasan, MARS</u> NIP. 24110183633

*) 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

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK

Medical Procedure Information

PEMBERIAN INFORMASI (Provision of Information)

Dokter Pelaksana Tindakan/Medical staff conducting procedure :
 Pemberi Informasi/information provider :
 Penerima Informasi/Pemberi persetujuan* :
 Information receive/consent provider

JENIS INFORMASI (Type of information)	ISI INFORMASI (Content of information)	TANDA (v)
1 Diagnosis (WD & DD) Diagnosis (Working Diagnosis and Differential Diagnosis)		
2 Dasar Diagnosis Basic of Diagnosis		
3 Tindakan Kedokteran/Tata Cara Medical Procedure/Method		
4 Indikasi Tindakan Medical Procedure Indication		
5 Tujuan Purposes of the Procedure		
6 Risiko/Komplikasi Risks/Complications		
7 Prognosis Prognosis		
8 Alternatif & Risiko Alternative & Risks		
9 Lain-lain Others		

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi.
 Herewith stated that I have explain all information above correctly and clearly and provide opportunity to inquiries and/or discussion.

Dokter Pelaksana Tindakan
 (.....)
 Nama Jelas dan Tanda Tangan

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya.
 Herewith stated that I have explain all information as mentioned above with my initials or sign on the righ column, and have understand it..

Dokter Pelaksana Tindakan
 (.....)
 Nama Jelas dan Tanda Tangan

*Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat. If the patient incompetent or unable to receive information, the information receiver assigned to patient's custodion or next of kin.

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK

*Coret yang tidak/Cross out if not necessary

001/F/RM/RSIH/XII/2021 (Rev.01)