

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : _____
 Nama Lengkap : Rest Septianisa
 Unit/Divisi/Komite : Radiologi
 No. Telepon/Ext : 2101
 E-mail : _____

Tanggal : 4 Januari 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

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

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	0
Buffer stock :	10
Proses PO :	2 mudo
Waktu :	
Paraf	<u>Y</u>

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Adanya penambahan jenis pemeriksaan

Komponen Perubahan

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

terlampir

Tanda Tangan
Pemohon,

Rest

Tanda Tangan
Penerima,

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
Atas di print sesuai kebutuhan ukuran 1/2 F4		<u>Rest</u>	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Formulir yang diajukan sudah dikordinasikan dgn Dokter PT Radiologi		<u>Dr. Preky. Sp. Rad</u>	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
		Dikordinasikan ukuran kertas FA arsip 2	<u>Rani Setia Utami</u> NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC	<u>Compu</u>	ACC cetak	<u>Rest</u>

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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



Jl. Mayor Suherman No. 72 Tarogong Kidul-Garut - 44151 Telp.(0262) 2247769

Identitas Pasien

Nama :
 Tanggal Lahir :
 No. RM :
 Poli/Ruang :
 DPJP :
 Penjamin :
 (L / P)*

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

FORMULIR PEMERIKSAAN RADIOLOGI

Alamat Pasien :
 :
 :
 No. Telp / HP :
 :

Kehamilan : Hamil/Ragu/Tidak
 Foto Lama :
 :

DATA KLINIS (WAJIB DIISI) Termasuk riwayat penyakit :

PILIH LAH SALAH SATU JENIS TEST YANG DIMINTA DENGAN MEMBERIKAN TANDA "✓"

RADIOGRAPHY

- | | | | | | |
|---|--|-----|--|-----|---|
| <input type="checkbox"/> Kepala | <input type="checkbox"/> Humerus | R L | <input type="checkbox"/> Pedis | R L | <input type="checkbox"/> Thorax PA |
| <input type="checkbox"/> TM Joint | <input type="checkbox"/> Antebrachii | R L | <input type="checkbox"/> Os Calcaneus | R L | <input type="checkbox"/> Top lordotic |
| <input type="checkbox"/> Os Nasal | <input type="checkbox"/> Manus | R L | <input type="checkbox"/> Cervical AP/Lat | | <input type="checkbox"/> Thorax Lateral R L |
| <input type="checkbox"/> Mastoid | <input type="checkbox"/> Pelvis | | <input type="checkbox"/> Cervical AP/Lat/Obliq | | <input type="checkbox"/> Abdomen |
| <input type="checkbox"/> Mandibula | <input type="checkbox"/> Sacro-coccygeus | | <input type="checkbox"/> Thoracal AP/Lat | | <input type="checkbox"/> Abdomen 3 posisi |
| <input type="checkbox"/> Water's | <input type="checkbox"/> Knee Joint | R L | <input type="checkbox"/> Lumbosacral AP/Lat | | <input type="checkbox"/> Panoramic |
| <input type="checkbox"/> Clavicula R L | <input type="checkbox"/> Ankle Joint | R L | <input type="checkbox"/> Thoracolumbal AP/Lat | | <input type="checkbox"/> Cephalometri |
| <input type="checkbox"/> Shoulder Joint R L | <input type="checkbox"/> Femur | R L | <input type="checkbox"/> Hip Joint R L | | <input type="checkbox"/> HSG |
| <input type="checkbox"/> Elbow Joint R L | <input type="checkbox"/> Cruris | R L | <input type="checkbox"/> Soft Tissue Leher | | <input type="checkbox"/> Lain-lain..... |
| <input type="checkbox"/> Wrist Joint R L | | | | | |

CT SCAN

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kepala Non Kontras | <input type="checkbox"/> Nasopharyng + Leher | <input type="checkbox"/> Cervical | <input type="checkbox"/> Lain-lain..... |
| <input type="checkbox"/> Kepala + Bone Window | <input type="checkbox"/> Leher | <input type="checkbox"/> Thoracal | |
| <input type="checkbox"/> Kepala + Kontras | <input type="checkbox"/> Orbita + Kontras | <input type="checkbox"/> Lumbal | |
| <input type="checkbox"/> Thorax Non Kontras | <input type="checkbox"/> Pelvis | <input type="checkbox"/> Leher + Thorax | |
| <input type="checkbox"/> Thorax + Kontras | <input type="checkbox"/> Extremitas atas | <input type="checkbox"/> Urography | |
| <input type="checkbox"/> Mastoid | <input type="checkbox"/> Extremitas bawah..... | <input type="checkbox"/> Fistulography | |
| <input type="checkbox"/> Sinus paranasalis | <input type="checkbox"/> Abdomen + Kontras | <input type="checkbox"/> Perfusi | |

ULTRASONOGRAPHY (USG)

- | | | | |
|--|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kepala | <input type="checkbox"/> Echocardiografi anak | <input type="checkbox"/> Massa | <input type="checkbox"/> Genital |
| <input type="checkbox"/> Tiroid | <input type="checkbox"/> Echocardiografi dewasa | <input type="checkbox"/> Thorax | <input type="checkbox"/> Fast |
| <input type="checkbox"/> Leher | <input type="checkbox"/> Scrotum-testis | <input type="checkbox"/> Thorax marker | <input type="checkbox"/> Lain-Lain |
| <input type="checkbox"/> Lower Abdomen | <input type="checkbox"/> Mammae + Axilla | <input type="checkbox"/> Shoulder | |
| <input type="checkbox"/> Upper Abdomen | <input type="checkbox"/> Doppler Vascular | <input type="checkbox"/> Muskuloskeletal | |
| <input type="checkbox"/> Whole Abdomen | <input type="checkbox"/> Inguinal | <input type="checkbox"/> Sendi | |

LAIN-LAIN (KHUSUS BAGIAN RADIOLOGI)

DOKTER PENGIRIM

(.....)