



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.com
pm.rslh@gmail.com

Tanggal : 7 Desember 2021

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 002/F/PM/RSIH/XII/2021
 No/Kode RM : RM 10.4.1 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : _____ Revisi ke- : I

Logistik Formulir
(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 0
 Buffer stock : 12
 Proses PO : 2 Minggu
 Waktu : _____

Paraf

[Signature]

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Disesuaikan dengan standar formulir informed consent
Konsil Kedokteran Indonesia

Komponen Perubahan

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

- Formulir persetujuan tindakan medik jadi terpisah dengan
formulir penolakan.
- memuat pernyataan terikat pasien mengerti perlunya
tindakan dan menyadari keberhasilan tindakan di tangan Tuhan

Tanda Tangan
Pemohon,

[Signature]
dr. Iva.

Tanda Tangan
Penerima,

[Signature]
Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
<u>Akan dipesankan sesuai kebutuhan</u>		<u>[Signature]</u>	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
<u>Atc pmdik.</u>		<u>[Signature]</u> dr. Hadhyani, S.p.n.	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
<u>Terpisah dgn penolakan tindakan.</u>	<u>[Signature]</u>		<u>[Signature]</u> Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
<u>Atc. Segera naik cetak u/ implementasi</u>	<u>[Signature]</u> dr. Iva		<u>[Signature]</u> drg. Muhammad Hasan, MARS NIP. 21110183633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

Nama : _____
 Tanggal Lahir : _____ (L / P)*
 No. RM :

--	--	--	--	--	--

 Ruang/Kelas : _____ / _____
 Dokter yang merawat : _____
 Penjamin : _____
Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini