

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : _____
 Nama Lengkap : dr. Iva Tama
 Unit/Divisi/Komite : Pelayanan Medik
 No. Telepon/Ext : _____
 E-mail : pm.rsih@gmail.com

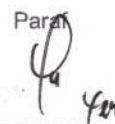
Tanggal : 15/12/2021

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 10.75 005/F/RM/RSIH/XII/2021
 No/Kode RM : 10.75 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : -

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : -
 Buffer stock : 5
 Proses PO : 2 Minggu
 Waktu : -

Paraf


Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir


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

di sesuaikan dengan panduan pelayanan darah dan produk darah / adanya monitoring selama proses transfusi (standard akreditasi)

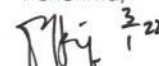
Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,


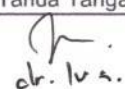
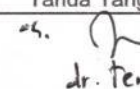
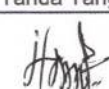
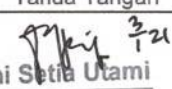
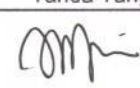


dr. Iva Tama.

Tanda Tangan
Penerima,


Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
AKAN DIPERANKAN SESUAI KEBUTUHAN			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
		 dr. Iva.	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
- ACC komedik - Dokter pencausssy jawab Laboratorium ACC		 dr. Tama.	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
nomor sudah di sesuaikan dengan RMI.			 Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
acc. Segera naik cetak u/ implementasi		ACC Segera	

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

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

diimplementasikan


Identitas Pasien

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

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

Diisi oleh Perawat

Hb/Tc/PT/APTT/Fibrinogen sebelum transfusi*		Tepat 5 menit sebelum transfusi	Tepat Saat mulai transfusi	Tepat 15 menit setelah dimulai	Tepat Setiap jam selama transfusi				Tepat Setelah selesai transfusi	Tepat 4 jam setelah transfusi	REAKSI
Kantong ke	Jenis Darah				Gol.Darah/Rhesus/Volume	No.Kantong	Tgl dan Jam Kadaluarsa	Tgl dan Jam mulai			Tgl dan Jam Selesai
											<input type="checkbox"/> Menggigil
											<input type="checkbox"/> Sakit Kepala
											<input type="checkbox"/> Kulit kemerahan
											<input type="checkbox"/> Urtikaria
											<input type="checkbox"/> Sesak nafas
		Pukul :	Pukul :	Pukul :	Pukul :	Pukul :	Pukul :	Pukul :	Pukul :	Pukul :	<input type="checkbox"/> Suhu > 37,5 oC
Kesadaran : Composmentis/Somnolen/Sopor/Coma											<input type="checkbox"/> Mual
GCS : E M V		E: M: V:	E: M: V:	E: M: V:	E: M: V:	E: M: V:	E: M: V:	E: M: V:	E: M: V:	E: M: V:	<input type="checkbox"/> Pingsan
Tekanan darah											<input type="checkbox"/>
Nadi											
Pernafasan											
Suhu											
Balance cairan : Intake											* Transfusi di STOP / dilanjutkan
Output											Pukul :
Nama & Paraf Perawat											
Nama & Paraf Dokter yang Merawat											

FORM MONITORING PROSES TRANSFUSI

005/F/RM/RSIH/XII/RSIH/2021 (REV.00)

RM 10.75