

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 20030292536
 Nama Lengkap : dr. Iva Tanra
 Unit/Divisi/Komite : Pelayanan Medik
 No. Telepon/Ext : 081320405892
 E-mail : Manajer.pelmed@rsintanhusada.com

Tanggal : 3-1-2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☒ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 008/F/RM/RSIH/1/2022
 No/Kode RM : RM. 10.77 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : -

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	
Buffer stock :	
Proses PO :	
Waktu :	
Paraf	
	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Harus adanya form skrining untuk MPP untuk mengetahui kelolaan manajer pelayanan pasien

Komponen Perubahan

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

Tanda Tangan
Pemohon,



Tanda Tangan
Penerima,





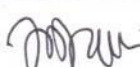




Rani Setia Utami

NIP. 15070293060

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
Akan dipetakan sesuai kebutuhan ke RM. 10.77			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
AOC sesuai standar MPP, sudah disetujui oleh Komite Medik			
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesejahteraan	Tanda Tangan
sudah disesuaikan dengan peraturan di RM			
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
AOC.			

*) 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 :
 DPJP :
 Penjamin :

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien Disini

IDENTIFIKASI/SKRINING PASIEN UNTUK MANAJEMEN PELAYANAN PASIEN

No	Kriteria Seleksi/Skrining	Jawaban	
		Ya	Tidak
Berilah tanda check list (v) pada kotak Ya atau Tidak			
Berisiko tinggi terhadap :			
1	Biaya yang tinggi atau masalah <i>financial</i>		
2	Potensi komplain tinggi		
Kasus Kompleks :			
3	Kasus dengan penyakit terminal keganasan/ kemoterapi		
4	Pasien yang dirawat lebih dari 3 dokter		
5	Lama rawat berjalan atau akan datang lebih dari 7 hari		
6	Kasus pasien dengan <i>Multiple Organ Dysfunction Syndrome</i> (MODS) dengan SOFA score >8		
Discharge Planning			
7	Pasien dengan rencana pemulangan yang kompleks (memerlukan kontinuitas pelayanan setelah <i>discharge</i>)		
8	Pasien readmisi RS dalam waktu kurang dari 7 hari		

Tanggal :PukulWIB

Mengetahui,

Perawat / Case Fasilitator*

(Nama dan Tanda Tangan)

(Nama dan Tanda Tangan)