

## FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

### DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP :  
Nama Lengkap : dr. Iva Tania  
Unit/Divisi/Komite : Pelayanan Medis  
No. Telepon/Ext : 081320405872  
E-mail : manajer.pelmed@rsintanhusada.com  
pm.revisi@gmail.com

Tanggal : \_\_\_\_\_

### DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru  
No/Kode Formulir : 002/F/PM/RSIH/XII/2021  
No/Kode RM : 10-4.2 (untuk form medis)  
Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : 01

### Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 0  
Buffer stock : 12  
Proses PO : 2 MINGGU  
Waktu : \_\_\_\_\_

Paraf

[Signature]  
Yuni

### Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

diseuaikan dengan standar formulir informed consent  
Konsil Kedokteran Indonesia

### Komponen Perubahan

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

formulir penolakan tindakan medis jadi terpusat dengan  
formulir pemberian informasi

Tanda Tangan  
Pemohon,

[Signature]  
Dr. Iva Tania

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 DIPESANAN SELAIN KESUKUTAN</u>		<u>[Signature]</u>	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
<u>ACC Komite</u>		<u>[Signature]</u> <u>dr. Hadiyani, SpA</u>	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
<u>Form terpusat dan persetujuan tindakan</u>	<u>[Signature]</u>		<u>[Signature]</u> <u>Rani Setia Utami</u> NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
<u>ACC. Segera naik cetak &amp; implementasi</u>	<u>[Signature]</u>		<u>[Signature]</u> <u>dr. Muhammad Hasan, MARS</u> NIP. 21110183633

\*) 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

**PENOLAKAN TINDAKAN MEDIK**  
 REFUSAL ON MEDICAL PROCEDURE

Yang bertanda-tangan dibawah ini saya, nama \_\_\_\_\_, umur \_\_\_\_\_ tahun  
 Here sign below, I, name age years old

laki-laki/perempuan\*, alamat \_\_\_\_\_  
 male/female, address

dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukannya tindakan \_\_\_\_\_  
 with this state consent to do procedure

terhadap saya/ \_\_\_\_\_ saya\* bernama \_\_\_\_\_, umur \_\_\_\_\_ tahun  
 to me/my (please state your family relation) age years old

laki-laki/perempuan\*, alamat \_\_\_\_\_  
 male/female, address

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan.

*I understand the importance and benefit of the procedure as explained above to me, including the risks and complications that may occur if the procedure had not done*

Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.

*I fully responsible for every outcome that may happen as the consequences of refusal of the procedure.*

Garut, \_\_\_\_\_ pukul \_\_\_\_\_

Yang Menyatakan That State	Saksi Pihak Keluarga Patient's Family Witness		Saksi Pihak RSIH RSIH Witness
          ( ) Nama Jelas dan Tanda Tangan Full Name and Signature	          ( ) ( ) Nama Jelas dan Tanda Tangan Full Name and Signature		          ( ) Nama Jelas dan Tanda Tangan Full Name and Signature

\*Coret yang tidak perlu/ cross out if not necessary