



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
 RSUD Batu Bara
 Jl. Datar Kubah Batu Bara, Kota Gunung
 Kec. Datar Lima Puluh, Kab. Batu Bara, 21255

RM : 09

Nama : _____
 Jml. Lembar : _____ / P
 No. RM : _____

TRANSFER ANTAR RUANGAN

Tanggal Masuk :	Tanggal Pindah :	Asal Ruangan :	Ruangan Selanjutnya :
Dokter yang merawat :		Dokter Penanggung Jawab (DPIP) :	
Diagnosa Utama :		Perlu menjadi perhatian : Alergi Sebutkan : _____ MRSA	
Diagnosa Sekunder : 1. 2. 3. 4.		Alasan perpindahan pasien : 1. Kondisi pasien : memburuk/ tidak stabil/ stabil/ tidak ada perubahan 2. Fasilitas : kurang memadai/ membutuhkan peralatan yang lebih baik 3. Tenaga : membutuhkan tenaga yang lebih ahli/ jumlah tenaga kurang 4. lain-lain sebutkan : _____	
		Metode perpindahan pasien : <input type="checkbox"/> Kursi Roda <input type="checkbox"/> Tempat Tidur <input type="checkbox"/> Brankar	

Kategori Pasien Transfer : Derajat 0 Derajat 1 Derajat 2 Derajat 3

Pasien/ Keluarga mengetahui dan menyetujui mengenai alasan perpindahan*)
 Ya Tidak

Jika pemberian persetujuan adalah keluarga pasien, lengkapi isian berikut
 Nama : _____
 Hubungan : _____

Peralatan yang menyertai pasien saat pindah
 Portable O2 Ventilator
 Alat Penghisap Kateter Urine
 Baggging Infus Pump
 NGT

Keadaan pasien saat pindah :

Keadaan Umum : Kesadaran

TD : _____ mmHg Suhu : _____ °C
 Nadi : _____ x/m. Pernapasan : _____ x/m.

Tatus Nyeri : _____

Angka Tangan Keluarga : _____

ANAMNESIS MEDIS :

Berikan tanda pada kondisi yang sesuai

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Disabilitas | <input type="checkbox"/> Kontraktur |
| <input type="checkbox"/> Amputasi | <input type="checkbox"/> Ulkus Diabitus |
| <input type="checkbox"/> Paralisis | <input type="checkbox"/> Inkontinensia |
| <input type="checkbox"/> Gangguan | <input type="checkbox"/> Urine |
| <input type="checkbox"/> Intestinal | <input type="checkbox"/> Aji |
| <input type="checkbox"/> Senyawa | |
| <input type="checkbox"/> Perdarahan | |
| <input type="checkbox"/> Anestesi | |
| <input type="checkbox"/> Batuk | |
| <input type="checkbox"/> Selera | |

Penyidikan Fisik

Status Generalis (termasuk yang signifikan)

Status lokal (termasuk yang signifikan)



RM:16a
PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
RSUD Batu Bara
Jl. Danak Kobah Batu Bara, Kwala Guntung,
Kec. Lima Paluh, Kab. Batu Bara, 21255

Nama :
Tgl. Lahir :
No. RM :

L/P

FORMULIR PERMINTAAN DARAH

Nari/tanggal	:			
Nurse Station	:			
Diagnosa Klinis	:			
Indikasi transfusi	:			
Jenis permintaan	:	<input type="checkbox"/> Elektif <input type="checkbox"/> Rutin <input type="checkbox"/> Darurat		
Hb Pasien	:			
Riwayat transfusi sebelumnya	:			
Riwayat reaksi transfusi	:			
Jenis Permintaan	Golongan Darah	Rh	Jumlah Kolf	Dipakai Tanggal
<input type="checkbox"/> Whole Blood (WB) <input type="checkbox"/> Darah segar/48 jam <input type="checkbox"/> Darah baru/96 jam <input type="checkbox"/> Darah simpan/lebih dari 96 jam	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB			
<input type="checkbox"/> Packed Red Cell (PRC)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB			
<input type="checkbox"/> Fresh Frozen Plasma (FFP)	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB			
<input type="checkbox"/> Liquid Plasma	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB			
<input type="checkbox"/> Trombocyte Cons	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB			

Analisis BDRS,

Dokter yang meminta,

(.....)

(.....)



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
 RSUD Batu Bara
 Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung
 Kec. Datuk Lima Puluh Kab. Batu Bara 21255

RM : 08e

Nama :	
Tgl. Lahir :	L/P
No. RM :	

PERSETUJUAN/PENOLAKAN PEMBERIAN TRANSFUSI DARAH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama

Umur/Jenis Kelamin

Alamat

Bukti Diri/KTP/SIM/Passport No

Telah Mendapatkan Penjelasan Dokter Tentang :

- Tujuan Transfusi Darah
- Manfaat Transfusi Darah
- Perkiraan jumlah yang diberikan
- Resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi
- Alternatif lain yang bisa dilakukan tanpa transfusi darah
- Perkiraan biaya

Disamping itu dokter juga telah menjelaskan kepada saya bahwa :

- Tindakan tambahan kamungkinan diperlukan jika dokter menemukan sesuatu yang tak terduga
- Tindakan ini kemungkinan tidak memberikan hasil yang sesuai harapan walaupun sudah dilakukan sesuai standart prosedur yang berlaku

Saya susah mendapatkan kesempatan untuk bertanya dan saya mengerti dan puas dengan penjelasan yang diberikan sehubungan dengan pertanyaan - pertanyaan saya, disamping itu jika terjadi kecelakaan seperti darah terinfeksi HIV dan penyakit lainnya, saya memberikan izin untuk mengambil darah pasien untuk test HIV dan penyakit lainnya yang penularannya melalui darah. Dengan ini saya menyatakan SETUJU/MENOLAK* untuk dilakukan pemberian transfusi darah yang sudah dijelaskan diatas.

Terhadap diri saya " / Anak * / Istri * / Suami * / Ayah * / Ibu * / Saya :

Nama

Umur / Jenis Kelamin

Laki - Laki

Perempuan

Dirawat di / Ruangan

No. RM

Tanda Tangan

Dokter yang menjelaskan

Keluarga/Pasien

Saksi

() () ()



PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
 RSUD Batu Bara
 Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gunung
 Kec. Lima Puluh, Kab. Batu Bara, 21255

RM:08

Nama : _____
 Tgl. Lahir: _____ L/P
 No. RM: _____

INFORMED CONSENT KEDOKTERAN
PEMBERIAN INFORMASI

Dokter Pelaksana Tindakan		Pemberian Informasi	
Penerima Informasi / Pemberian Persetujuan*		Persetujuan*	
JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (V)	
1	Diagnosis (WD & DD)		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
5	Tata Cara		
6	Tujuan		
7	Resiko		
8	Komplikasi		
9	Prognosis		
10	Alternative		
	Lain – lain		

Dengan ini menyatakan bahwa saya (Dokter) telah menerangkan hal – hal diatas secara benar dan jelas memberikan kesempatan untuk bertanya dan diskusi
 (.....)
 Tandatangan dan Nama jelas
 Dokter

Dengan ini menyatakan bahwa saya (pasien/keluarga pasien) telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri tanda paraf dikolom kanannya serta telah diberikan kesempatan untuk bertanya/diskusi, dan telah memahaminya
 (.....)
 Tandatangan dan Nama jelas
 Pasien/Keluarga Pasien

*) Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekatnya

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya nama Umur : tahun
 laki – laki / perempuan* alamat :, dengan
 ini menyatakan **PERSETUJUAN** untuk dilakukan tindakan saya* bernama
 umur : tahun, laki – laki / perempuan* alamat :

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dujelaskan seperti diatas kepada saya termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagaimana akibat tidak dilakukannya tindakan kedokteran tersebut

Kwala Gunung, tanggal Jam : WIB
 Yang menyatakan* Dokter Saksi keluarga Saksi Rumah Sakit