

**INFORM CONSENT / PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS**

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : ………………………………………………………………………………...................................................

Tgl. Lahir : …………………………………………………., Laki – laki/ Perempuan \*)

Alamat : ………………………………………………………………………………...................................................

Bukti diri : KTP/ SIM \*) Nomor : ………………………………………………………………………………………………

No. Telp : ………………………………………………………………………………...................................................

Sebagai diri sendiri/ Istri/ Orang Tua Kandung/ Anak/ Wali \*) dari pasien.

Nama : ………………………………………………………………………………...................................................

Tgl. Lahir : …………………………………………………., Laki – laki/ Perempuan \*)

Alamat : ………………………………………………………………………………...................................................

No. RM : ………………………………………………………………………………...................................................

Bukti diri : KTP/ SIM \*) Nomor : ………………………………………………………………………………………………

Yang tujuan sifat dan perlunya tindakan medis dosebut diatas serta resiko yang ditimbulkannya telah dijelaskan oleh Bidan dan telah saya mengerti sepenuhnya.

Demikian pernyataan persetujuan ini saya buat dengan penuh kesadaran dan tanpa paksaan.

Sidoarjo, ………………………………………..

Yang Membuat Pernyataan

( )

Perawat

( )

Dokter

( )

\*) Coret yang tidak perlu Rev. 01.2022



**CATATAN DOKTER DAN PERAWATAN**

Nama : ………………………………………………………………, L/ P \*) No, RM : ………………………………

NIK : ……………………………………………………………… Tgl. Lahir : ………………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tgl / Jam | Visite Dokter | Paraf | Tgl / Jam | SOAP | Paraf |
|  |  |  |  |  |  |

\*) Coret yang tidak perlu Rev. 01.2022



**SURAT KETERANGAN PASIEN PULANG**

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama : ………………………………………………………………………………., Laki – laki/ Perempuan \*)

Tgl. Lahir : ……………………………………………, Umur : ……………………………..

Alamat : ………………………………………………………………………………...................................................

NIK : ………………………………………………………………………………...................................................

No. RM : ………………………………………………………………………………...................................................

Kamar : ………………………………………………………………………………...................................................

Dirawat Tgl ………………...........…….. s/d Tgl …………………………………….

Dinyatakan sembuh dan diperbolehkan pulang.

Demikian surat pernyataan ini dipergunakan untuk kepentingan seperlunya.

Sidoarjo, ………………………………………..

Dokter Yang Merawat

( )

\*) Coret yang tidak perlu Rev. 01.2022



**SURAT KONTROL RAWAT INAP**

Dengan ini menyatakan bahwa :

Nama : ………………………………………………………………………………., Laki – laki/ Perempuan \*)

Tgl. Lahir : ……………………………………………, Umur : ……………………………..

Alamat : ………………………………………………………………………………...................................................

NIK : ………………………………………………………………………………...................................................

No. RM : ………………………………………………………………………………...................................................

Kamar : ………………………………………………………………………………...................................................

Dirawat Tgl ………………...........…….. s/d Tgl ……………………………………. Dengan

Diagnosa

………………………………………………………………………

Terapi diberikan : 1 …………………………………………………………………………………..

2 …………………………………………………………………………………..

3 …………………………………………………………………………………..

Kembali kontrol Hari / Tanggal / Jam : ………………………………………………………………………………………

Demikian terima kasih mohon untuk diperhatikan.

Sidoarjo, ………………………………………..

Dokter Yang Merawat

( )

\*) Coret yang tidak perlu Rev. 01.2022



**SURAT PERNYATAAN STATUS PASIEN RAWAT INAP**

Yang bertanda tangan dibawah ini saya :

Nama : ……………………………………………………………………………….., Laki – laki/ Perempuan \*)

Tgl. Lahir : ………………………………………….., Umur: …………………….

Alamat : ………………………………………………………………………………………………………………………...

Hubungan dengan pasien Istri/ Orang Tua Kandung/ Anak/ Wali \*)

Nama Pasien : ……………………………………………………………………………….., Laki – laki/ Perempuan \*)

Tgl. Lahir : ………………………………………….., Umur: …………………….

Alamat : ………………………………………………………………………………………………………………………...

Dengan ini menyatakan pasien tersebut diatas sanggup dan menyetujui untuk :

1. Menjadi pasien dengan status sebagai : (Lingkari salah satu A/B/C/D dibawah ini)
2. **PASIEN UMUM** (beri tanda V pada kotak)
3. Pasien umum, karena tidak mempunyai asuransi apapun.
4. Pasien umum, karena dengan sadar tidak mau menggunkan haknya sebagai peserta BPJS Kesehatan.
5. **PASIEN BPJS KESEHATAN** meliputi (beri tanda V pada kotak)
6. ASKES 3. BPJS PBI 5. TNI / POLRI \*)
7. Eks JAMSOSTEK 4. BPJS NON PBI 6. RENCANA BPJS

MANDIRI

1. **PASIEN ASURANSI LAIN** (sebutkan) : ……………………………………………………………………………………….

2. Tidak akan mengganti status penjaminan pasien selama dirawat di Klinik Rawat Inap dan Klinik Bersalin “AFIFA”.

3. Tidak akan menuntut biaya penggantian/ klaim ke BPJS Kesehatan atau ke Klinik Rawat Inap dan Klinik Bersalin “AFIFA” apabila saya tidak memenuhi ketentuan dalam pernyataan yang saya buat.

Demikian surat pernyataan ini dibuat dengan sebenarnya, dan jika melanggar pernyataan ini, saya siap diproses secara hukum.

Mengetahui,

Sidoarjo, …………………………………

Yang Membuat Pernyataan

( )

Petugas Klinik

( )

Rev.01.20222

\*) coret yang tidak perlu



**STATUS RAWAT INAP**

Rev.01.20222

\*) Coret yang tidak perlu \*\*) Beri tanda V pada kotak

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nama : L/P \*)  NIK :  Tgl. Lahir : Umur :  Alamat :  No. Telp :  Pekerjaan :  Pendidikan : | | No. Rm :  Status Perkawinan :  Agama :  Jenis dan Klas pasien : \*\*)  UMUM  BPJS PBI  BPJS NON PBI |
| Tgl. Masuk : Jam :  Tgl. Keluar : Jam : | Dokter Yang Merawat :  1.  2. | |
| Keadaan Penderita Keluar : \*\*) Kalau Meninggal  Dipindahkan ke RS Sebab – sebab kematian :  Sembuh  Berobat jalan  Meninggal  Keluar Paksa | | |
| Diangnosa Masuk (ICD 10) Dokter yang merawat  tanda tangan | | |
| Anamnesa / Keluhan Utama : | | |
| Pemeriksaan Fisik : BB: Tensi : Nadi : Suhu : RR: | | |
| Pengobatan / TX Awal : | | |
| Laboratorium : (Tempelkan hasilnya disini)  Mengetahui Petugas Jaga  ( ) | | |



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nama : L/P \*) | | | | | | | | No. RM : | | | | | Tgl. Lahir : | | | | |
| NIK : | | | | Dokter : | | | | | | | Kelas / Ruang : | | | | | | |
| Tanggal | | |  | | |  | | |  | | |  | | |  | | |
| NAFAS | NADI | SUHU | 6 | 14 | 22 | 6 | 14 | 22 | 6 | 14 | 22 | 6 | 14 | 22 | 6 | 14 | 22 |
| 60 | 160 | 41 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 | 140 | 40 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 | 120 | 39 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | 100 | 38 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | 80 | 37 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | 60 | 36 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tekanan Darah | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TB/BB | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Keluhan Pasien | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Alat : - Surflo | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Infus Set | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Spalk | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| * Spuit 3cc/5cc/10cc | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Obat - obatan | | Dosis |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**VITAL SIGN GRAFIK**

Rev.01.2022

\*) Coret yang tidak perlu

****

**LEMBAR PEMBERIAN CAIRAN/ TRANSFUSI/ FOTO TERAPI**

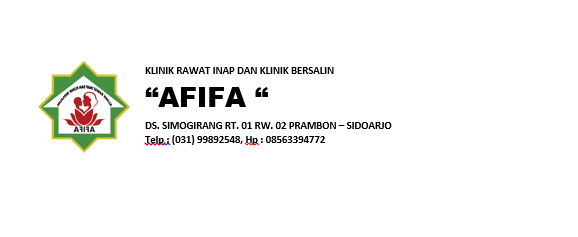
Nama : L/P \*) No. RM :

NIK : Tgl. Lahir :

\*) Coret yang tidak perlu

Rev.01.20222

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TGL | KET | **JAM PEMBERIAN** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



**KLINIK RAWAT INAP DAN KLINIK BERSALIN**

**“AFIFA “**

**DS. SIMOGIRANG RT. 01 RW. 02 PRAMBON – SIDOARJO**

**Telp : (031) 99892548, Hp : 08563394772**

