



PERSETUJUAN / PENOLAKAN* TINDAKAN KEDOKTERAN	Nama Pasien	
	Tanggal Lahir/Umur	
	Nomor Rekam Medis	
	Nomor Induk Kependudukan	
	Tanggal Masuk	
	Nama DPJP	
	Nama PPJA	

NAMA TINDAKAN : *Insisi Drainase + Debridement*

PEMBERIAN INFORMASI

Dokter Pelaksana Tindakan : *Syarifah Nova Z, Ph.D, Sp.B.M*

Pemberi Informasi : *NIP. 19811121 200903 2 005*

Penerima Informasi/Pemberi Persetujuan : *nyatemi*

Diberikan pada tanggal / jam : *7/9/23*

No	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	Tanda (V) / paraf Penerima informasi
1	Diagnosa (Diagnosa Kerja & Diagnosa Banding)	<i>abses submandibula sinistra</i>	✓
2	Dasar Diagnosa	<i>anamnesa, PP, PF</i>	✓
3	Tindakan Kedokteran	<i>insisi drainase + debridement</i>	✓
4	Indikasi Tindakan	<i>Terapeutik</i>	✓
5	Tata Cara	<i>sesuai SOP</i>	✓
6	Tujuan	<i>Source control</i>	✓
7	Risiko	<i>perdarahan</i>	✓
8	Komplikasi	<i>infeksi</i>	✓
9	Prognosis	<i>ad bmn</i>	✓
10	Alternatif dan risiko	-	-
11	Lain - Lain	-	-

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal – hal di atas secara benar dan jelas serta memberikan kesempatan untuk bertanya dan / atau berdiskusi.

Tanda tangan Dokter
Syarifah Nova Z, Ph.D, Sp.B.M
NIP. 19811121 200903 2 005

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda (V)/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya

Tanda tangan Penerima Informasi
Nyatemi
TTD & Nama terang

**Bila pasien tidak kompeten dan tidak mau menerima informasi,
Maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat**



PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Yang bertanda tangan dibawah ini saya,

Nama : Nadkeri
Umur : 48 th tahun, laki-laki / perempuan*
Alamat : Kp. Condroyo Rt 3/Rw 11 Mukti Hargo Pedumungan Smg

Dengan ini menyatakan **SETUJU** untuk dilakukan tindakan pada sisi.....
Terhadap saya /Ayah/Ibu/Anak/Keluarga saya.

Nama : Paryadun
Umur : 48 tahun, laki-laki / perempuan*
Alamat : DS Kuncir Wonosalam Demak

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.

Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada Tuhan Yang Maha Esa, oleh sebab itu saya membebaskan **RSUD Sultan Fatah/Dokter/Petugas Lainnya** dari tanggung jawab hukum apabila akibat atau risiko yang tidak diharapkan benar-benar terjadi dikemudian hari.

Demak, 4/5/23 Jam..... WIB

Yang menyatakan, 99, 99, 99 Saksi Keluarga,

(Nadkeri) (.....) (.....)
Tanda tangan dan nama terang Tanda tangan dan nama terang Tanda tangan dan nama terang

PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Yang bertanda tangan dibawah ini saya,

Nama :
Umur : tahun, laki-laki / perempuan*
Alamat :

Dengan ini menyatakan **TIDAK SETUJU** untuk dilakukan tindakan pada sisi.....
Tehadap saya /Ayah/Ibu/Anak/Keluarga saya,

Nama :
Umur : tahun, laki-laki / perempuan*
Alamat :

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul. oleh sebab itu saya membebaskan **RSUD Sultan Fatah/Dokter/Petugas Lainnya** dari tanggung jawab hukum apabila tindakan yang tidak saya setujui terdapat risiko yang tidak diharapkan benar-benar terjadi dikemudian hari.

Demak, Jam..... WIB

Yang menyatakan, Saksi,

(.....) (.....) (.....)
Tanda tangan dan nama terang Tanda tangan dan nama terang Tanda tangan dan nama terang

Keterangan : *) pilih salah satu.



**PERSETUJUAN / PENOLAKAN
TINDAKAN ANESETESI UMUM /
ANESETESI REGIONAL**

Nama Pasien :
Tanggal Lahir/ Umur :
Nomor Rekam Medis :
Nomor Induk Kependudukan :
Tanggal Masuk :
Nama DPJP :
Nama PPJA :



LAVENDER

(Tempelkan stiker identitas pasien)

Dokter Pelaksana Tindakan		dr. Cahya Candra P, SP.An		
Pemberi Informasi		SIP : 503.73/ 014430/2023		
Penerima Informasi				
NO.	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI		TANDA (V)
1.	Diagnosis	ASA <i>Delirium abses t o dan</i>		
2.	Dasar Diagnosis	<input checked="" type="checkbox"/> Anamnesis, <input checked="" type="checkbox"/> Pemeriksaan Fisik, <input type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan penunjang (Laboratorium radiologi, EKG, USG, MRI, dll.		
3.	Tindakan Kedokteran	Anestesi Umum / Anestesi Regional		
4.	Indikasi Tindakan	Memfasilitasi prosedur medis meliputi prosedur, medikasi, diagnostik, terapeutik		
5.	Tata Cara	A. Anestesi Umum	TIVA : Menyuntikan obat sedasi melalui pembuluh darah vena yang telah terpasang infus	
			Facemask : pemberian gas anestesi melalui sungkup muka	
			LMA : pemberian gas anestesi melalui sungkup laring	
		B. Anestesi Regional	ET : pemberian gas anestesi melalui Endo Trakheal	
			Spiral : Menyuntikan obat anestesi ke ruang sub arakhnoid melalui punggung	
			Spiral : Menyuntikan obat anestesi ke ruang sub arakhnoid melalui punggung	
		Kaudal : Menyuntikan obat anestesi ke ruang epidural melalui punggung bawah		
		Blok Perifer : Menyuntikan obat anestesi di sekitar persyaratan daerah operasi		
6.	Manfaat & Tujuan	Menghilangkan nyeri, memberi rasa nyaman, membuat rileks dan tidur.		
7.	Risiko	A. Anestesi Umum	Nyeri saat penyuntikan, aspirasi, mual muntah, reaksi alergi, gigi lepas, laserasi oral, sulit menelan, nyeri tenggorok, prosedur berulang, prosedur gagal.	
		B. Anestesi Regional	Nyeri saat penyuntikan, mual muntah, reaksi alergi, kesemutan, baal, prosedur berulang, prosedur gagal.	
8.	Komplikasi	1. Sistem saraf : intoksikasi obat anestesi lokal, refleks vagal, halusinasi, kejang, lumpuh, stroke. 2. Sistem jantung dan pembuluh darah : perubahan ekstrim tekanan darah, perubahan ekstrim denyut dan irama jantung, syok, henti jantung. 3. Sistem pernafasan : kadar oksigen darah rendah, kadar zat asam darah tinggi, kejang otot saluran nafas, gagal nafas, henti nafas. 4. Lain-lain : perubahan ekstrim suhu tubuh, lama pulih sadar, reaksi tranfusi. 5. Meninggal dunia		
9.	Prognosis	Baik/Buruk/Sulit di tentukan.		
10.	Alternatif	Tehnik anestesi dapat diubah sepihak oleh dokter pelaksana anestesi karena adanya halangan/hambatan mendadak/darurat atau perubahan kondisi pasien.		
11.	Lain-lain	Pemberian obat anti nyeri paska tindakan anestesi melalui suntikan ke pembuluh darah/otot/mulut/rektal.		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas serta memberikan kesempatan untuk bertanya dan atau berdiskusi.				Tanda Tangan Dokter <i>Candra P, SP.An</i> SIP : 503.73/ 014430/2023
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi dari dokter, sebagaimana di atas yang saya beri tanda (V) / paraf di kolom kanannya dan telah memahaminya.				Tanda Tangan Penerima Informasi <i>Nasir</i>

Bila pasien tidak kompeten dan tidak mau menerima informasi,
Maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat



PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN ANESTESI UMUM / ANESTESI REGIONAL

Yang bertanda tangan di bawah ini :

I. Nama Pasien : Paryatun Nomor Rekam Medis :
 Umur : 40 Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan*
 Alamat : Desa Kunci Wanasalam Demak

II. Dengan ini menyatakan SETUJU untuk dilakukan tindakan ANESTESI UMUM / ANESTESI REGIONAL

Nama : Naatoni
 Hubungan dengan pasien : Pasien sendiri / Suami / Istri / Anak / Ayah / Ibu *, lain - lain
 Umur : 31 Tahun, Jenis Kelamin : Laki - laki / Perempuan*
 Alamat : Candraseja RT.3 / RW 11 Muktihaya Kidul Sng.

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan Kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat tergantung kepada Tuhan Yang Maha Esa, oleh sebab itu saya membebaskan **RSUD Sultan Fatah/Dokter/Petugas Lainnya** dari tanggung jawab hukum apabila akibat atau resiko yang tidak diharapkan benar - benar terjadi dikemudian hari.

Hari, Tanggal, Pukul WIB.

Yang menyatakan*

Dokter

Saksi

(Naatoni)
 Tanda tangan & Nama terang

(dr. Cahya Candra P, SP.An)
 SIP: 5032 / 01430V/2019
 Tanda tangan & Nama terang

(.....)
 Tanda tangan & Nama terang

(.....)
 Tanda tangan & Nama terang

PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN ANESTESI UMUM / ANESTESI REGIONAL

Yang bertanda tangan dibawah ini :

I. Nama Pasien : Nomor Rekam Medis :
 Umur : Tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan*
 Alamat :

II. Dengan ini menyatakan SETUJU untuk dilakukan tindakan ANESTESI UMUM / ANESTESI REGIONAL

Nama :
 Hubungan dengan pasien : Pasien sendiri / Suami / Istri / Anak / Ayah / Ibu *, lain - lain
 Umur : Tahun, Jenis Kelamin : Laki - laki / Perempuan*
 Alamat :

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya. Termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Oleh sebab itu saya membebaskan **RSUD Sultan Fatah/Dokter/Petugas Lainnya** dari tanggung jawab hukum apabila tindakan yang tidak saya setujui terdapat resiko yang tidak diharapkan benar - benar terjadi dikemudian hari.

Hari, Tanggal, Pukul WIB.

Yang menyatakan*

Dokter

Saksi

(.....)
 Tanda tangan & Nama terang

(.....)
 Tanda tangan & Nama terang

(.....)
 Tanda tangan & Nama terang

(.....)
 Tanda tangan & Nama terang