

 PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT RUMAH SAKIT UMUM DAERAH SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN Jalan Sutan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112 	Label Identitas Pasien Nama : No. RM : Tgl. Lahir : Alamat : J.Kelamin :
--	--

RM.28.IRI

FORMULIR TRANSFER PASIEN
UNTUK PEMERIKSAAN DIAGNOSTIK

Ruang / Kelas :
Tanggal / Jam Serah Terima :
Diagnosis Medik :
Rencana Pemeriksaan :

Penanggung Jawab Pembayaran

☐ Pribadi ☐ JKN ☐ Asuransi Swasta
☐ Perusahaan..... ☐ Lain- lain

Alat yang Terpasang

☐ Infus	:	☐ Drain	:
☐ Transfusi darah	:	☐ NGT	:
☐ Kateter urine	:	☐ Lain-lain	:

Dokumen, Alat Kesehatan, Obat-obatan yang di serah terimakan	Sebelum	Sesudah
---	----------------	----------------

Tanda Vital

Tensi :	Nadi :	Suhu :	RR :	SpO₂ :		
1.					☐	☐
2.					☐	☐
3.					☐	☐
4.					☐	☐
5.					☐	☐
6.					☐	☐

Unit Kerja :	Unit Kerja :
Petugas / Perawat yang menerima	Petugas / Perawat yang menyerahkan
(.....)	(.....)

Di isi oleh Perawat