

FORMULIR PENDAFTARAN PROGRAM OPERASI IBS - DS	
Rencana Operasi Hari/Tanggal/Jam	
Diagnosa Pasien	
Rencana Tindakan	
Nama Pasien	
Ruang Rawat	
No. Rekam Medis	
Tgl Lahir	
Jenis Kelamin	
Kelas	
Penjamin	Umum / JKN / PBI / Lain-lain* :
Operator	
Jenis Operasi	Cito / Semi Cito / Elektif*
Rencana Tind. Anastesis	GA / RA / LA / Sedasi*
Kebutuhan Pemeriksaan Penunjang	Lab : FS (Ya/Tidak) C-Arm (Ya/Tidak) Lainnya :
Persetujuan Alat / Tindakan	(Ya/Tidak)* Sebutkan :
Kebutuhan Alat Khusus	
Kebutuhan Ruang IRIN pasca operasi	(Ya/Tidak)* Bila “Ya” ada/Tidak tempat di IRIN

Pangkalan Bun JamWIB

Petugas IBS Kepala Ruang / Perawat / Bidan Ruangan

(.....) (.....)

*) Coret yang tidak perlu