



RM.38.P

INFORMASI TINDAKAN KEDOKTERAN

PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan / Pemberi informasi			
Penerima Informasi / pemberi persetujuan *		Nama : Nama :	
NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (✓)
1.	Diagnosis (WD & DD)		
2.	Tindakan Kedokteran		
3.	Indikasi Tindakan		
4.	Keterangan penting cara operasi		
5.	Tujuan		
6.	Resiko / Komplikasi		
7.	Alternatif & Risiko		
8.	Lain – lain		
9.			Paraf
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi			
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya.			
* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat			



PERSETUJUAN / PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :
Umur :
Alamat Rumah :
Telepon :
Bukti diri / KTP :

Dengan bukti ini menyatakan dengan sesungguhnya telah memberikan **PERSETUJUAN / PENOLAKAN*)** untuk dilakukan tindakan kedokteran berupa **
Terhadap diri saya sendiri / Istri / Suami / Anak / Orang tua saya / Keluarga*, yaitu :

Nama :
Umur :
Alamat Rumah :
Bukti diri / KTP :
Kelas :

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas 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 pada ijin Tuhan Yang Maha Esa.

Saya sudah mendapatkan kesempatan untuk bertanya dan saya sudah mengerti dan puas dengan penjelasan yang diberikan sehubungan dengan pertanyaan saya, disamping itu jika terjadi keceakaan seperti tertusuknya jarum atau alat tajam pada petugas medis selama berlangsungnya operasi, saya memberikan ijin untuk mengambil darah pasien untuk test HIV dan penyakit lainnya yang penularannya melalui darah.

Pangkalan Bun,Jam.....WIB

Saksi – saksi

Perawat

Dokter pelaksana
Tindakan

Yang memberikan
Persetujuan

(.....)
Tandatangan dan nama jelas

(.....)
Tandatangan dan nama jelas

(.....)
Tandatangan dan nama jelas

Saksi dari pihak pasien,

(.....)
Tandatangan dan nama jelas

** Isi dengan tindakan kedokteran yang akan dilakukan

* Lingkari yang sesuai