

 <p><b>PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT</b>  <b>RUMAH SAKIT UMUM DAERAH</b>  <b>SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN</b></p> <p>Jalan Sultan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112</p> 	<p style="text-align: right;"><b>Label Identitas Pasien</b></p> <p>Nama : _____</p> <p>No. RM : _____</p> <p>Tgl. Lahir : _____</p>
---	---

RM.45.IBS

## PENGKAJIAN PRE OPERASI DAN SITE MARKING MEDIS

### DOKTER OPERATOR

Pengkajian Pre Operasi

Tanggal : \_\_\_\_\_ Jam : \_\_\_\_\_ WIB

Data Subjektif (anamnesis )

.....

.....

.....

.....

Data Obyektif ( pemeriksaan fisik )

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Diagnosa Pre Operasi :

Rencana Operasi :

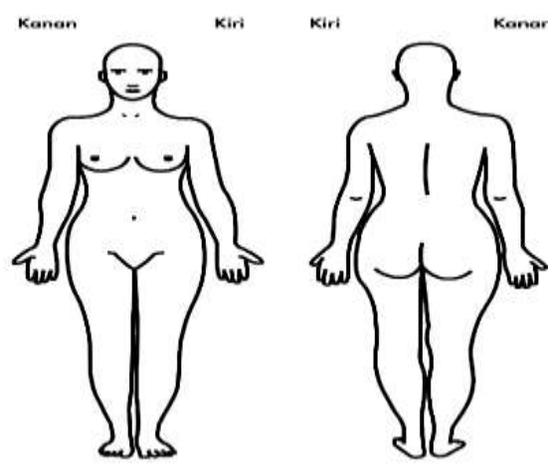
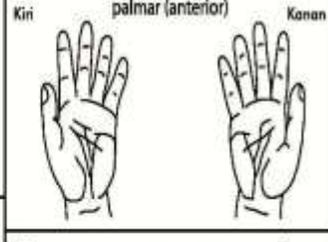
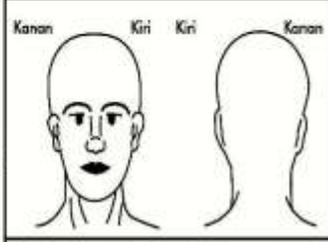
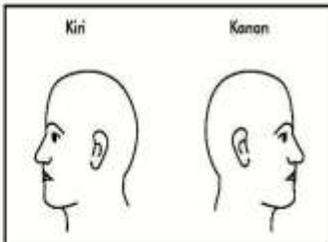
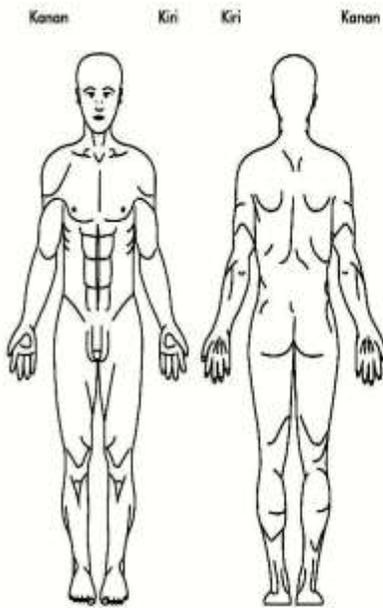
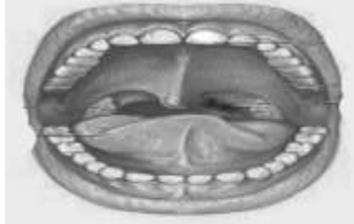
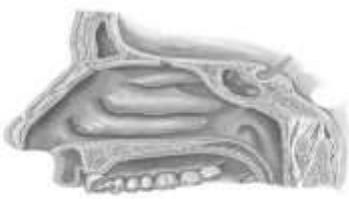
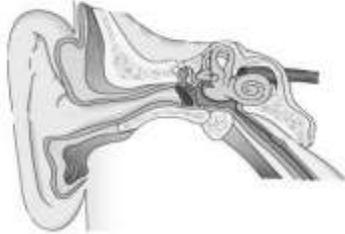
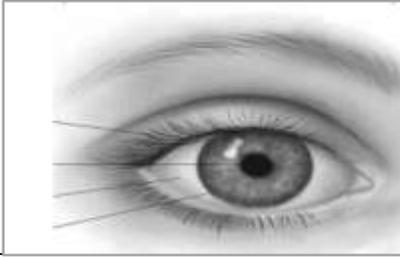
Estimasi waktu operasi yang dibutuhkan.....jam

Posisi Pasien Dalam Operasi :

Tanda tangan Dokter Operator

( dr. \_\_\_\_\_ )

Berikan tanda pada gambar sesuai dengan penandaan lokasi operasi pada tubuh pasien  
 Berikan penandaan pada lokasi tubuh pasien dengan tanda Panah ( ➤ )



Deskripsi singkat apabila tidak dapat dilakukan penandaan pada tubuh pasien.

