

 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.41.IBS

KONSULTASI ANESTESI	
Kepada Yth Sejawat Anestesi. _____ Dengan ini kami konsultasikan pasien dengan identitas tersebut diatas: Diagnosis : Rencana tindakan : Mohon konsultasi anestesi Tanggal _____ Jam _____ WIB (dr.)	
JAWABAN KONSULTASI	
Kepada Yth. Ts _____ Telah saya lakukan pemeriksaan pasien tersebut dengan hasil: Anamnesis : _____ Alergi : _____, merokok : _____, Riwayat Penyakit : HT _____ / DM _____	
Pemeriksaan Fisik B1 : Clear / Unclear, alat pembebas jalan napas : _____, alat penunjang napas : _____, RR : _____, vesikuler _____ / _____, Rhonki _____ / _____, Wheezing _____ / _____ B2 : TD : _____ / _____, HR _____, regular / irregular, support vasoactive : _____ B3 : GCS E _____ V _____ M _____ pupil isokor / anisokor, reflex cahaya _____ / _____ B4 : flat, supel / _____ B5 : produksi urin : _____ cc / jam B6 : ☐ akral hangat ☐ dingin, kering ☐ basah, merah ☐ pucat	
Pemeriksaan Penunjang Laboratorium : Radiologi : Elektrokardiografi :	
Asesmen Status Fisik ASA : ☐ASA 1 ☐ ASA 2 ☐ ASA 3 ☐ASA 4	Sifat Operasi Elektif / Semi Cito / Cito
Rencana Sedasi : ☐ Ringan ☐ Sedang ☐ Dalam	Rencana Anestesi : ☐ GA ☐ RA ☐ LA
Kesimpulan :	
Dokter (dr.)	