



Jl. Raya Bungursari No. 36 Purwakarta
Telp. 0264 - 8222222, Fax. 0264 - 8222 221

Nomor RM :

Nama :

Tanggal Lahir :

Jenis Kelamin : L / P

(bisa ditempel dengan sticker identitas)

Lantai :

Nama Ruangan :

Instalasi :

SITUASI

Pemindahan pasien :

Tanggal : Pukul:

Dari ruang : ke :

Dokter yang merawat :

Diagnosa Medis:

1 1

2 2

3 3

Pasien dan keluarga sudah dijelaskan mengenai diagnosis: Ya Tidak

Prosedur pembedahan/Invasive yang dilakukan:.....Tanggal:.....

Masalah keperawatan utama saat ini :

.....

BACKGROUND

Riwayat alergi / reaksi obat : Tidak Ya, nama obat :

Riwayat reaksi :

.....

Intervensi medic / keperawatan

.....

Kewaspadaan / precaution : standar / contact / airborne / droplet

REKOMENDASI

Konsultasi

Rencana tindakan / pemeriksaan

.....

Dokumentasi yang disertakan : RM Hasil laboratorium Rontgen

Lainnya :

.....

.....

Catatan tambahan :

.....

.....

.....

Dokter

Perawat / Bidan
Pengantar

Pasien / Keluarga

Perawat / Bidan
Penerima

(.....)

(.....)

(.....)

(.....)

FORMULIR TRANSFER PASIEN ANTAR UNIT DI RUMAH SAKIT