

	RS SRI PAMELA Jalan Jend. Sudirman	Nama : M HARIS PANE Tanggal Lahir : 1961-07-01(L) No. RM : 073803
---	--	--

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN ANESTESI PEMBERIAN INFORMASI

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN PEMBERIAN INFORMASI

Dokter Pelaksana Tindakan
dr Abraham Siregar, Sp.AN
Nama Pemberi Informasi
dr Abraham Siregar, Sp.AN
Nama Penerima Informasi / Hubungan dengan Pasien
M Haris Pane

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN ANESTESI PEMBERIAN INFORMASI

Diagnosis Kerja
Anestesi

Diagnosis Banding
Tindakan yang akan dilakukan

- ☒ Sedasi
- Indikasi Tindakan (Anestesi)
- ☒ Menghilangkan kesadaran selama prosedur atau tindakan pembedahan

Tata Cara (Anestesi)

- ☒ Obat disuntikkan ke dalam pembuluh darah, dihirup melalui paru-paru, atau dengan cara lain, dilakukan pemasangan alat bantu nafas

Risiko Tindakan (Anestesi)

- ☒ Mual, Muntah

Komplikasi (Anestesi)

- ☒ Sakit Punggung

Prognosis

Alternatif & Resiko

Lain-lain

Pernyataan Dokter

Dengan ini menyatakan bahwa saya (Dokter) telah menerangkan hal-hal di atas secara benar, jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/ atau berdiskusi.

	RS SRI PAMELA Jalan Jend. Sudirman	Nama : M HARIS PANE Tanggal Lahir : 1961-07-01(L) No. RM : 073803
---	--	---

Pernyataan Pasien/Keluarga Pasien*

Dengan ini menyatakan bahwa saya (Pasien/Keluarga Pasien*) telah menerima informasi dari Dokter sebagaimana di atas yang saya beri tanda paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya.

Keterangan *

- 1. Coret yang tidak perlu
- 2. Bila pasien tidak kompeten, maka penerima informasi dan pemberi persetujuan adalah keluarga terdekat atau wali

Pernyataan Persetujuan Tindakan Kedokteran Anestesi

Yang bertandatangan dibawah ini, saya,

Nama:
Umur: Laki-laki / Perempuan*
Alamat:
.....

Dengan ini menyatakan **PERSETUJUAN** untuk dilakukannya tindakan Anestesi berupa :

- Anestesi Umum- Kombinasi Spinal + Epidural
- Sedasi - Anestesi Kaudal
- Anestesi Spinal - Blok Saraf Perifer
- Anestesi Epidural

terhadap saya/.....saya*

Nama:
Umur: Laki-laki / Perempuan*
No RM:

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya/ saya*, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut dilakukan.

Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.

Tebing Tinggi, jam..... WIB

	RS SRI PAMELA Jalan Jend. Sudirman	Nama : M HARIS PANE Tanggal Lahir : 1961-07-01(L) No. RM : 073803
---	--	---

Yang Menyatakan (.....) Tanda Tangan dan Nama Jelas	Saksi Keluarga (.....) Tanda Tangan dan Nama Jelas
Dokter (.....) Tanda Tangan dan Nama Jelas	Petugas (.....) Tanda Tangan dan Nama Jelas

Pernyataan Penolakan Tindakan Kedokteran Anestesi
Yang bertandatangan dibawah ini, saya,

	RS SRI PAMELA Jalan Jend. Sudirman	Nama : M HARIS PANE Tanggal Lahir : 1961-07-01(L) No. RM : 073803
---	--	--

Nama:
Umur: Laki-laki / Perempuan*
Alamat:
.....

Dengan ini menyatakan **PENOLAKAN** untuk dilakukannya tindakan Anestesi berupa :

- Anestesi Umum- Kombinasi Spinal + Epidural
- Sedasi - Anestesi Kaudal
- Anestesi Spinal - Blok Saraf Perifer
- Anestesi Epidural

terhadap saya/.....saya*
Nama:
Umur: Laki-laki / Perempuan*
No RM:

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya/ saya*, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan.
Saya bertanggung jawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya tindakan kedokteran yang direncanakan oleh dokter.

Tebing Tinggi, jam..... WIB

Nama : M HARIS PANE
Tanggal Lahir : 1961-07-01(L)
No. RM : 073803

Yang Menyatakan (.....) Tanda Tangan dan Nama Jelas	Saksi Keluarga (.....). Tanda Tangan dan Nama Jelas
Dokter (.....). Tanda Tangan dan Nama Jelas	Petugas (.....). Tanda Tangan dan Nama Jelas