

 <b>Jl. Jatisari No. 3 Mekarsari – Jatisari Karawang</b>		<b>INFORM CONSENT</b> <b>TINDAKAN KEDOKTERAN</b> (Operasi/Tindakan Invasif)
		No. Form : CM/11.1/11/17 No. Rev : 01
<b>PEMBERIAN INFORMASI (INFORM)</b>		
Dokter Pelaksana Tindakan		
Pemberi Informasi		
Penerima Informasi/pemberi persetujuan		
<b>JENIS INFORMASI</b>	<b>ISI INFORMASI</b>	<b>VERIFIKASI (Tanda √)</b>
1. Diagnosis (WD & DD)		
2. Dasar Diagnosis		
3. Tindakan Kedokteran		
4. Indikasi Tindakan		
5. Tata Cara		
6. Tujuan		
7. Risiko		
8. Komplikasi		
9. Prognosis		
10. Alternatif dan Resiko		
11. Lain-lain		
Karawang, ....., Pukul.....		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal diatas secara benar dan jelas serta memberikan kesempatan untuk bertanya dan atau berdiskusi		Tanda tangan dokter
Dengan ini menyatakan bahwa (saya/keluarga)* pasien .....telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri tanda paraf dikolom kanannya dan telah memahaminya		Tanda tangan pasien/wali pasien/keluarga
Ket : bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekatnya		
<b>PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN (CONSENT)</b>		
Saya yang bertanda tangan di bawah ini :		
Nama	:	.....(L/P)*
No. KTP/SIM/PASPOR	:	.....Tgl lahir/Umur : .....
Alamat	:	.....
	:	.....Telepon : .....
Hubungan dengan pasien	:	<input type="checkbox"/> Diri Sendiri <input type="checkbox"/> Suami <input type="checkbox"/> Istri <input type="checkbox"/> Anak <input type="checkbox"/> Orang tua <input type="checkbox"/> Keluarga: .....
Dengan ini menyatakan sesungguhnya, bahwa saya telah menerima informasi yang diberikan oleh dokter sebagaimana di atas dan telah memahaminya. Untuk itu saya memberikan <b>Persetujuan</b> untuk dilakukan tindakan Kedokteran tersebut terhadap :		
Nama	:	.....(L/P)*
No. RM	:	.....Tgl Lahir/Umur : ...../.....tahun
Alamat	:	.....
Saya Memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut termasuk resiko dan komplikasi yang akan timbul. Saya juga menyadari bahwa ilmu Kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan Kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan Tergantung keppada izin tuhan YME		
Karawang, .....Pukul :.....		
Saksi RS	Saksi Pasien	Yang menyatakan
(.....)	(.....)	(.....)
Bila pasien tidak kompeten, maka penerima informasi dan pemberi pernyataan persetujuan adalah wali atau keluarga terdekat		
<b>*J Coret yang tidak perlu</b>		

Gambar 1 : Surat informed consent Rumah Sakit Puriasih Karawang.





**PEMERINTAH KOTA BANDUNG**  
**DINAS KESEHATAN**  
**UPT PUSKESMAS UJUNGBERUNG INDAH**  
 Komplek Ujungberung Indah Blok 18 No 16 Telp. (022) 7834834  
 Email : puskesmasuberindah@gmail.com

**LEMBAR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS (INFORMED CONSENT)**

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama .....  
 Umur .....  
 Alamat .....  
 Telp .....  
 .....

Menyatakan dengan sesungguhnya dari saya sendiri sebagai/ \*orangtua  
 /\*suami/\*istri/\*anak/\*wali dari :

Nama .....  
 Jenis Kelamin .....  
 Umur .....  
 Alamat .....  
 Diagnosa .....  
 .....

Dengan ini menyatakan

1. Telah menerima penjelasan yang lengkap dan mengerti mengenai segala tindakan yang akan dilakukan terhadap diri pasien serta kemungkinan efek samping dari tindakan tersebut.
  2. Bersedia untuk dilakukan segala tindakan terhadap diri pasien sesuai dengan apa yang telah dijelaskan sebelumnya.
  3. Tidak akan menuntut apapun kepada pihak UPT Puskesmas Ujungberung Indah apabila terjadi sesuatu atas segala tindakan tersebut.
- Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan keadaan sehat dan sadar tanpa tekanan dan paksaan dari siapapun untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Bandung, .....20.....

Mengetahui,  
 Dokter

Yang Membuat Pernyataan,

{.....}

{.....}

Petugas,

Saksi Keluarga,

{.....}

{.....}

Gambar 3 : Lembar persetujuan tindakan medis Puskesmas Ujungberung Indah Bandung

Klinik :

No.RM     

<b>FORMULIR PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS (INFORMED CONSENT )</b>		
Saya yang bertanda tangan dibawah ini :		
Nama	: .....	
Umur, Kelamin	: ..... tahun, Laki-laki / Perempuan	
Alamat	: .....	
Bukti diri / KTP	: .....	
Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa saya :		
<b>MENYETUJUI</b>		
Untuk dilakukan tindakan medis berupa **		
.....		
** Terhadap diri <i>saya sendiri* istri / suami* anak* ayah* ibu* saudara saya*</i> dengan :		
Nama	: .....	
Umur, Kelamin	: ..... tahun, Laki-laki / Perempuan	
Alamat	: .....	
Bukti diri / KTP	: .....	
Saya juga telah menyatakan dengan sesungguhnya dengan tanpa paksaan bahwa saya :		
a. telah diberikan informasi dan penjelasan serta peringatan akan bahaya, resiko serta kemungkinan-kemungkinan yang timbul apabila tidak dilakukan tindakan medis tersebut.		
b. telah saya pahami sepenuhnya informasi dan penjelasan yang diberikan dokter.		
c. atas tanggung jawab dan resiko sendiri, saya setuju untuk dilakukan tindakan medis yang dianjurkan dokter.		
Tgl. .... Bln ..... Tahun .....		
Saksi-saksi	Dokter	Yang membuat pernyataan
Tanda tangan	Tanda tangan	Tanda tangan
1. ....		
( ..... )	( ..... )	( ..... )
nama jelas	nama jelas	nama jelas
2. ....		
( ..... )		
nama jelas		

Gambar 4 : Contoh formulir persetujuan tindakan medis.




NAMA PASIEN :  
 NO. RM :  
 TANGGAL LAHIR :  
 JENIS KELAMIN :

### PEMBERIAN INFORMASI

Dokter Pelaksana Tindakan		:	
Dokter Pemberi Informasi		:	
Penerima Informasi / Pemberi Persetujuan (*)		:	
No	Jenis Informasi	Isi Informasi	Tandai (√)
1	Diagnosis (WD & DD)		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
5	Tata Cara		
6	Tujuan		
7	Resiko		
8	Komplikasi yang mungkin terjadi		
9	Prognosis		
10	Alternatif Tindakan Lain		
11	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya (dokter) telah menerangkan hal-hak diatas secara benar dan jelas dan memberi kesempatan untuk bertanya atau diskusi			Tanda tangan
Dengan ini menyatakan bahwa saya (pasien) telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri tanda / paraf di kolom kanannya dan saya telah memahaminya.			Tanda tangan
Keterangan :			
(*) Jika pasien tidak kompeten / tidak mungkin menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali / keluarga terkait			
<b>PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN</b>			
Yang bertanda tangan di bawah ini, saya nama .....umur.....th laki-laki/perempuan, alamat.....			
Dengan ini menyatakan PERSETUJUAN untuk dilakukan tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya, termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Saya menyadari bahwa karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah merupakan keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada Izin Yang Maha Esa.			
Sungailiat, tanggal.....pukul.....			
Yang Menyatakan		Saksi 1	Saksi 2
Pasien/Wali		Keluarga pasien	Perawat

Gambar 5 : Contoh surat pemberian informasi Rumah Sakit Medika Stannia

 <p><b>RSGM UGM PROF SOEDOMO</b>                  Jl Denta No. 1, Sekip Utara, Yogyakarta 55281                  Telp.(0274) 7167230 ; 555312</p> <p><b>PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN (INFOREMED)</b></p>	No. RM : ..... Nama : ..... Tanggal Lahir : ..... Jenis Kelamin : L / P NIK : .....		
Dokter pelaksana      Identitas penerima informasi jika bukan pasien 1. .... Nama : ..... Alamat : ..... 2. .... Tanggal lahir : ..... Hub. Dengan Pasien : ..... Jenis Kelamin : L / P			
NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDAII (√)
1	Diagnosis		
2	Dasar diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
5	Tata cara		
6	Tujuan		
7	Risiko		
8	Komplikasi		
9	Prognosis		
10	Alternatif dan risikonya		
11	Lain-lain		
<b>PERNYATAAN PEMBERI INFORMASI</b> Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan atau berdiskusi.		Nama dan tanda tangan ( ..... )	
<b>PERNYATAAN PENERIMA INFORMASI</b> Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri paraf dan memahami sepenuhnya.		Nama dan tanda tangan ( ..... )	

Gambar 6 : Surat persetujuan tindakan kedokteran RSGM UGM Prof Soedomo.





**PEMERINTAH KOTA BALIKPAPAN**  
**DINAS KESEHATAN KOTA BALIKPAPAN**  
**PUSKESMAS GUNUNG SARI ULU**  
**Jl. Letjend s. Parman RT. 02 No. 04**



**FORMAT PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN**

PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi informasi			
Penerima informasi / pemberi persetujuan*			
No	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (V)
1	Diagnosis (WD & DD)	TBC PARU DEWASA	
2	Dasar diagnosis	Pemeriksaan dahak+, Biakan dahak +, rontgen +, Tes Cepat Mikrobiologi GeneXpert+, uji sampel jaringan +	
3	Tindakan kedokteran	Pemberian Obat Anti Tuberkulosis Kategori 1	
4	Indikasi tindakan	Untuk pengobatan penyakit Tuberkulosis	
5	Tata cara	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dua bulan pertama pasien minum obat TB warna merah setiap hari (56 kali). Obat harus diambil sesuai dengan jadwal yang diberikan oleh dokter</li> <li>• Empat bulan berikutnya pasien minum obat TB warna kuning seminggu 3 kali (48 kali). Obat diambil sesuai dengan jadwal yang diberikan oleh dokter</li> <li>• Pemeriksaan dahak pagi hari dan sewaktu pada akhir bulan ke-2, ke-5 dan akhir pengobatan dilakukan untuk evaluasi pengobatan</li> </ul>	
6	Tujuan	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menyembuhkan, mengembalikan kualitas hidup dan produktivitas pasien</li> <li>• Mencegah kematian akibat TBC aktif</li> <li>• Mencegah kekambuhan TBC</li> <li>• Mengurangi penularan TBC kepada orang lain</li> <li>• Mencegah terjadinya resistensi obat dan penularannya</li> </ul>	
7	Risiko	Kuman kebal obat jika pasien tidak patuh minum obat	
8	Komplikasi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mual/muntah, sakit perut, nyeri sendi, gatal-gatal, pusing</li> <li>• Warna kemerahan pada air kencing</li> <li>• Mata/Kulit kuning tanpa penyebab yang jelas</li> <li>• Gangguan penglihatan</li> </ul>	
9	Prognosis	Baik bila minum obat teratur	
10	Alternatif dan risiko	Bila tidak diobati bisa meninggal akibat TBC dan dapat menularkan TBC ke orang lain	
	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi			
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana diatas 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 TINDAKAN KEDOKTERAN			
Yang bertandatangan di bawah ini, saya, nama _____, umur _____ tahun, laki-laki/ perempuan*, alamat _____			
Dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukannya tindakan Minum OAT secara teratur selama 6 bulan terhadap saya Bernama _____, umur _____ tahun, laki-laki/ perempuan*, alamat _____			
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 kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.			
_____, tanggal _____ pukul _____			
Yang menyatakan *		Saksi:	
( _____ ) ( _____ ) ( _____ )			

Gambar 7 : Surat persetujuan tindakan kedokteran Puskesmas Gunung Sari Ulu Balikpapan.

