



KEPOLISIAN DAERAH
 BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
 RUMKIT BHAYANGKARA
 Jln.

NO. RM	:	
NAMA	:	
JENIS KELAMIN	:	
TANGAL LAHIR	:	
<i>*Mohon di isi atau tempelkan stiker jika ada</i>		

8. PENGGUNAAN ALAT MEDIS			
	:	<input type="checkbox"/>	Tidak Ada
	:	<input type="checkbox"/>	Ya
		<input type="checkbox"/>	Infus, tanggal pasang
		<input type="checkbox"/>	NGT, tanggal pasang
		<input type="checkbox"/>	Foto Therapy, tanggal pasang
		<input type="checkbox"/>	CPAP, tanggal pasang

9. PERENCANAAN PULANG (DISCHARGE PLANNING)	
a.	
b.	
c.	
d.	
e.	

10. DIAGNOSIS KEPERAWATAN BERDASARKAN SKALA PRIORITAS	
a)	
b)	
c)	
d)	
e)	

Tanggal :/...../ Pukul :
 Perawat yang mengkaji

(.....)

**(Selanjutnya gunakan formulir rencana asuhan keperawatan dengan masalah keperawatan)*

