



Formulir kontrak pasien

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Jenis Kelamin(L/P) :

Umur/Tgl Lahir :

Alamat :

Telp :

*"Dengan ini menyatakan bahwa, nama perawat **Nama Perawat, S.kep, CWCCA** adalah petugas yang **bertanggung jawab** atas tindakan medis perawatan luka saya dengan sistem kontrak sesuai yang tercantum dalam paket perawatan luka modern dan **menyanggupi biaya** yang keluar sesuai kontrak perawatan luka saya.*

Biaya perawatan luka :

1. Paket A : perawatan luka 10x + infra red + konsultasi (Rp.)
2. Paket B : perawatan luka 10x + infra red + konsultasi (dressing support) (Rp.)

Catatan : **Waktu kontrak 1 bulan**

Kotamobagu,.....2017

Perawat Pelaksana,

Ttd

Yang membuat pernyataan,

Ttd

(.....)

(.....)

*Coret yang tidak perlu

Pihak ke 1

(.....)





Dokumentasi perkembangan Luka

				

Catatan :



LEMBAR ANAMNESA

a. Identitas pasien :

Nama :
Umur :
Tempat/ tanggal lahir :
Jenis kelamin :
Alamat :
Agama :
Suku :
Nama orang tua :
• Ayah :
• Ibu :
• Pekerjaan ORTU :
No. Hp :

b. Status kesehatan :

Keluhan utama :
.....

Riwayat kesehatan sekarang :
.....
.....
.....

Riwayat kesehatan dahulu :

Apakah pasien pernah menderita penyakit : (Hemofilia, Thalasemia, Leukimia, alergi obat)
.....
.....
.....

Riwayat kesehatan keluarga :

Apakah di keluarga pasien pernah ada yang menderita penyakit : (hipertensi, penyakit jantung, penyakit paru, Diabetes)
.....
.....
.....

c. Pemeriksaan Fisik :

BB :Kg TB : cm

TD : mmHg N : x/mnt RR : x/ mnt SB : °C

Keadaan Umum :

Status kesadaran :

Inspeksi Luka :



INFORMED CONSENT
SURAT PERSETUJUAN MEDIS

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Jenis Kelamin(L/P) :

Umur/Tgl Lahir :

Alamat :

Telp :

Menyatakan dengan sesungguhnya dari saya sendiri/*sebagai orang tua/*suami/*istri/*anak/*wali dari:

Nama :

Jenis Kelamin(L/P) :

Umur/Tgl Lahir :

Alamat :

Telp :

Dengan ini menyatakan **SETUJU/MENOLAK** untuk dilakukan Tindakan Medis berupa.....

Dari penjelasan yang diberikan, telah saya mengerti segala hal yang berhubungan dengan Prosedur tersebut, serta tindakan medis yang akan dilakukan dan kemungkinan pasca tindakan yang dapat terjadi sesuai penjelasan yang diberikan.

Kotamobagu,.....2017

Perawat Pelaksana,

Ttd

Yang membuat pernyataan,

Ttd

(.....)

(.....)

*Coret yang tidak perlu

Pihak ke 3 (keluarga pasien)

(.....)

