

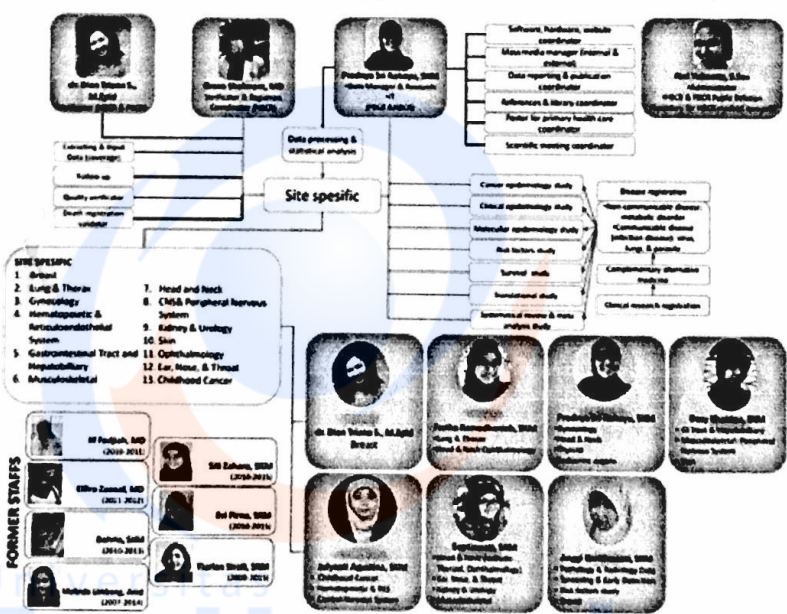
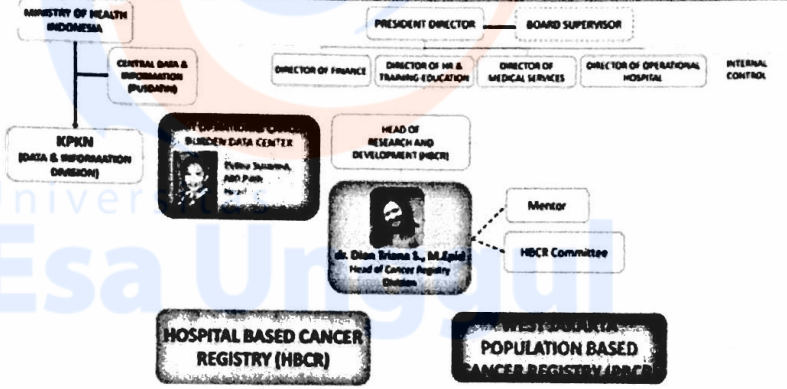
**PEDOMAN WAWANCARA**

Ditujukan Kepada Kepala Sub Bagian Registrasi Kanker di Rumah Sakit Kanker Dharmais

1. Kebijakan apa yang digunakan oleh Sub Bagian Registrasi Kanker Rumah Sakit Kanker Dharmais ?
2. Bagaimana pelaksanaan Registrasi kanker di Rumah Sakit Kanker Dharmais ?
3. Apakah sudah berjalan dengan baik ?
4. Apakah ada kendala dalam pelaksanaan pengisian registrasi kanker di Rumah Sakit kanker Dharmais ?
5. Bagaimana cara anda mengatasi kendala tersebut ?



**DHARMAIS HOSPITAL BASED CANCER REGISTRY**  
**DHARMAIS NATIONAL CANCER HOSPITAL**  
**NATIONAL CANCER CENTER, JAKARTA, INDONESIA**



Universitas  
Esa Unggul

Universitas  
Esa U

ggul

ggul

Esa Unggul

Universitas  
Esa U

ggul


Universitas  
Esa Unggul

Universitas  
Esa U





Lampiran 5

		<b>RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS</b>		Nomor Dokumen Medik		00-21-69-48		RM 0.0					
<b>RINGKASAN MASUK DAN KELUAR</b>				Agama : Islam		SEX Perempuan							
Nama Pasien : <b>JUBAIDAH</b> , NY				Peserta JKN : No. 0001854214716									
Tanggal Lahir / Umur : <b>09-05-1947 (70 Th/ 1 bl/ 25 hr)</b>				Peserta JPS : No.									
Pendidikan/Pekerjaan : <b>SLTP/Sederajat / Mengurus Rumah Tangga</b>				Cara Penerimaan : <b>Melalui IRJ</b>									
Alamat/Tlp./HP : <b>JL. KOTA BARU JL. JAMBRUD II PL UTARA DIRGAHAYU - (082353701569)</b>				Cara Masuk, dikirim oleh : <b>RSUD ULIN BANJARMASIN</b>									
Status Perkawinan : <b>Kawin</b>				Tanggal Masuk		Tanggal		Bulan		Tahun			
Nama Penanggung Jawab Pembayaran : <b>BPJS / JKN</b>						02		07		2017			
Nama/Alamat Keluarga Terdekat :				Dipindahkan Ke Ruang		Jam : <b>10:48:34</b>							
						Tanggal/Bulan							
Bag/Spes <b>Bedah Digestif</b>		Ruang Rawat <b>Tulip</b>		Kamar/Kelas <b>615 / Kelas I</b>		Tanggal Keluar		Tanggal		Bulan		Tahun	
Diagnosis Masuk :				Lama di rawat :									
Diagnosis Utama/Akhir Ditulis dengan Huruf Balok										Kode			
Diagnosis Sekunder (Komplikasi+Penyerta) Ditulis dengan Huruf Balok										No.Kode		No.Kode	
										1.		6.	
										2.		7.	
										3.		8.	
										4.		9.	
										5.		10.	
Penyebab Luar Cedera & Keracunan/Morfologi Neoplasma													
Nama Operasi / Tindakan			Gol. Operasi			Jenis Anastesi		Tanggal		No.Kode			
1.													
2.													
Infeksi Nosokomial :						Penyebab Infeksi							
SIMBOL-SIMBOL PASIEN :    o E10    o E11                    o Ya(B20)    o Tidak                    o B(B16.9)    o C(B17.1)													
Transfusi Darah                    cc/Gol													
Keadaan Keluar :						Cara Keluar :							
1. Sembuh						4. Lari							
2. Membaik						1. Dijinkan Pulang							
3. Belum Sembuh						5. Pindah RS							
4. Mati < 48 Jam						2. Pulang Paksa (TTD) & Alasan :							
5. Mati > 48 Jam						3. Dirujuk Ke .....							
Dokter yang merawat :						Tanda Tangan Dokter yang merawat :							

Lampiran 6

### CATATAN PERKEMBANGAN PASIEN TERINTEGRASI

TANGGAL/ JAM	HASIL PEMERIKSAAN, ANALISIS, RENCANA PENATALAKSANAAN PASIEN (Dituliskan dengan SOAP, disertai dengan target yang terukur, evaluasi hasil, tatalaksana dituliskan dalam asesmen)		Instruksi Petugas Kesehatan  Termasuk Paska Bedah/Prosedur (Instruksi ditulis dengan rinci dan jelas)	Verifikasi DPJP Tanda Tangan & Nama Jelas
	Tepi mulai penulisan untuk <b>Dokter</b>	Tepi mulai penulisan untuk <b>Petugas Kesehatan Lainnya</b>		

Ket : S (Subyektif) : Keluhan Pasien  
O (Obyektif) : Pemeriksaan dan Hasil penunjang lainnya.  
A (Analisis) : Analisa yang di dapat  
P (Perencanaan) : Rencana Tindakan/Pengobatan dan target yang di harapkan

\*) Semua pemberi Asuhan menulis tentang Perkembangan Pasien, dan semua membaca seluruh rencana perawatan pasien.





IFS/FRM.009.Rev.00  
15 Januari 2014

**RUMAH SAKIT KANKER  
"DHARMAIS"**

(NATIONAL CANCER CENTER)  
Jl. Let. Jen. S. Parman Kav. 84 - 86, Slipi, Jakarta 11420  
Telp. 021-5681570-71 Fax. 021-5681579  
Homepage: www.dharmais.co.id  
Email : dharmais@dharmais.co.id

Ruang/Poliklinik

Tanggal : .....

Riwayat Alergi Obat:

Tidak

Ya, Nama Obat .....

R/

H	
R	
K	
P	
Benar Pasien	<input type="checkbox"/>
Benar Obat	<input type="checkbox"/>
Benar Dosis	<input type="checkbox"/>
Benar Waktu	<input type="checkbox"/>
Benar Cara Pemberian	<input type="checkbox"/>
Benar Informasi	<input type="checkbox"/>
Benar Pendokumentasian	<input type="checkbox"/>

Nama Pasien : .....  
No. MR : .....  
Tgl. Lahir/Umur : .....  
Berat Badan : .....  
Nama Dokter : .....

Resep ini hanya berlaku di lingkungan RSKD



**RUMAH SAKIT KANKER "DHARMAIS"**  
**PUSAT KANKER NASIONAL**

Jl. Let. Jend. S. Parman Kav. 84-86, Slipi, Jakarta Barat 11420  
Telepon : (021) 5681570 Ext. : 2037 Direct Line : (021) 56958964 Fax. : (021) 5681610  
Homepage : www.dharmais.co.id E-mail: dharmais@dharmais.co.id



**PERMINTAAN PEMERIKSAAN LABORATORIUM PATOLOGI KLINIK**

No. Rekam Medik :	Ruang :	Nama Dokter :
Nama Pasien :	Alamat :	
Tanggal Lahir : <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> dd/mm/yy	L / P	Telp. Dokter :
Alamat :	Telp / HP :	Tanggal :
Diagnosis :		TTD Dokter:

<p><b>HEMATOLOGI</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hematologi rutin 1 (Hb, L, Tr, E, Ht)</p> <p><input type="checkbox"/> Hematologi rutin 2 (Rutin 1 + ht. jenis)</p> <p><input type="checkbox"/> Hematologi lengkap (Rutin 2 + LED + Retikulosit)</p> <p><input type="checkbox"/> Retikulosit</p> <p><input type="checkbox"/> Hilung eosinofil</p> <p><input type="checkbox"/> Nilai eritrosit rata-rata</p> <p><input type="checkbox"/> LED</p> <p><input type="checkbox"/> Gambaran darah tepi</p> <p><input type="checkbox"/> Gambaran sumsum tulang</p> <p><input type="checkbox"/> Pewarnaan MGG sitologi</p> <p><input type="checkbox"/> Bahan : .....</p> <p><input type="checkbox"/> Tes resistensi osmotik</p> <p><input type="checkbox"/> Sugar Water Test</p> <p><input type="checkbox"/> Ham's test</p> <p><input type="checkbox"/> Coombs' Test</p> <p><input type="checkbox"/> G6PD</p> <p><input type="checkbox"/> Analisa hemoglobin</p> <p><input type="checkbox"/> SI - TIBC</p> <p><input type="checkbox"/> Ferritin</p> <p><input type="checkbox"/> Transferrin</p> <p><input type="checkbox"/> sTFR</p> <p><input type="checkbox"/> Asam folat</p> <p><input type="checkbox"/> Vitamin B12</p> <p><input type="checkbox"/> Haptoglobin</p> <p><input type="checkbox"/> Sel LE</p> <p><b>Pewarnaan sitokimia</b></p> <p>Sudan Black B (SBB)</p> <p>Non Specific Esterase (NSE)</p> <p>Neutrophil Alkaline Phosphatase (NAP)</p> <p><b>HEMOSTASIS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Uji saring hemostasis (BT, PT, APTT)</p> <p><input type="checkbox"/> Hemostasis lengkap (BT, PT, APTT, Fibrinogen, D-dimer)</p> <p><input type="checkbox"/> Masa perdarahan (BT)</p> <p><input type="checkbox"/> Masa protrombin (PT)</p> <p><input type="checkbox"/> INR</p> <p><input type="checkbox"/> Masa trombolastin (APTT)</p> <p><input type="checkbox"/> Mixing Test APTT</p> <p><input type="checkbox"/> Masa trombin (TT)</p> <p><input type="checkbox"/> Fibrinogen</p> <p><input type="checkbox"/> D-dimer</p> <p><input type="checkbox"/> Antibodi trombosit (IF)</p> <p><input type="checkbox"/> Faktor VIII</p> <p><input type="checkbox"/> Faktor IX</p> <p><input type="checkbox"/> Inhibitor Faktor VIII</p> <p><input type="checkbox"/> Faktor von Willebrand</p> <p><input type="checkbox"/> Protein C</p> <p><input type="checkbox"/> Protein S</p> <p><input type="checkbox"/> Anti trombin (AT III)</p> <p><input type="checkbox"/> Anti Xa</p> <p><input type="checkbox"/> PAI-1</p> <p><input type="checkbox"/> Agregasi trombosit (*)</p> <p><input type="checkbox"/> Viskositas darah</p> <p><input type="checkbox"/> Lupus antikoagulan (LA)</p> <p><input type="checkbox"/> Anti-cardioplilin antibody/ACA IgG</p> <p><input type="checkbox"/> Anti-cardioplilin antibody/ACA IgM</p> <p><input type="checkbox"/> Anti <math>\beta</math>-2-GPI IgG</p> <p><input type="checkbox"/> Anti <math>\beta</math>-2-GPI IgM</p> <p><input type="checkbox"/> Platelet Function Analysis (PFA)</p> <p><b>KIMIA KLINIK</b></p> <p><b>FUNGSI HATI</b></p> <p><input type="checkbox"/> Elektroforesis protein serum</p>	<p><input type="checkbox"/> Cholinesterase</p> <p><input type="checkbox"/> SGOT</p> <p><input type="checkbox"/> SGPT</p> <p><input type="checkbox"/> Gamma-GT</p> <p><input type="checkbox"/> Fosfatase alkali (ALP)</p> <p><input type="checkbox"/> Amonia</p> <p><b>ENZIM</b></p> <p><input type="checkbox"/> LDH</p> <p><b>KARBOHIDRAT</b></p> <p><input type="checkbox"/> Glukosa sewaktu</p> <p><input type="checkbox"/> Glukosa puasa (*)</p> <p><input type="checkbox"/> Glukosa 2 jam PP</p> <p><input type="checkbox"/> Tes toleransi glukosa (*)</p> <p><input type="checkbox"/> Kurva harian glukosa</p> <p><input type="checkbox"/> Glukosa sliding scale</p> <p><input type="checkbox"/> HbA1c</p> <p><input type="checkbox"/> C-peptid (*)</p> <p><input type="checkbox"/> Insulin</p> <p><b>KARDIOVASKULER</b></p> <p><input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> CK-MB</p> <p><input type="checkbox"/> Troponin <input type="checkbox"/> CK-MB (mass)</p> <p><input type="checkbox"/> Mioglobin</p> <p><input type="checkbox"/> hsCRP</p> <p><input type="checkbox"/> Homocysteine</p> <p><input type="checkbox"/> Brain Natriuretic Peptide (BNP)</p> <p><b>LEMAK DARAH</b></p> <p><input type="checkbox"/> Trigliserida (*)</p> <p><input type="checkbox"/> Kolesterol total</p> <p><input type="checkbox"/> Kolesterol LDL</p> <p><input type="checkbox"/> Kolesterol HDL</p> <p><input type="checkbox"/> Lp (a) (*)</p> <p><input type="checkbox"/> APO A1 (*)</p> <p><input type="checkbox"/> APO B (*)</p> <p><input type="checkbox"/> Small dense LDL (*)</p> <p><b>FUNGSI GINJAL</b></p> <p><input type="checkbox"/> Urem (*)</p> <p><input type="checkbox"/> Kreatinin</p> <p><input type="checkbox"/> Asam urat</p> <p><input type="checkbox"/> Creatinin clearance (CCT) (**)</p> <p><input type="checkbox"/> Cystatin C</p> <p><b>ELEKTROLIT &amp; GAS DARAH</b></p> <p><input type="checkbox"/> Natrium, Kalium, Klorida</p> <p><input type="checkbox"/> Kalsium</p> <p><input type="checkbox"/> Fosfor anorganik</p> <p><input type="checkbox"/> Magnesium</p> <p><input type="checkbox"/> Analisa Gas Darah</p> <p><b>LAIN-LAIN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Fosfatase Asam</p> <p><input type="checkbox"/> Amilase - Lipase</p> <p><input type="checkbox"/> Asam laktat</p> <p><input type="checkbox"/> Aseton darah</p> <p><b>CAIRAN TUBUH</b></p> <p><input type="checkbox"/> Analisis cairan otak</p> <p><input type="checkbox"/> Analisis transudat-eksudat</p> <p><input type="checkbox"/> Analisis cairan sendi</p> <p><input type="checkbox"/> Analisis batu</p> <p><input type="checkbox"/> Chylus dan pseudochylus</p> <p><b>URINALISIS</b></p> <p><input type="checkbox"/> Urinalisis lengkap</p> <p><input type="checkbox"/> pH dan BJ urine</p> <p><input type="checkbox"/> Kalsium urin 24 jam (**)</p> <p><input type="checkbox"/> Fosfor anorganik urin (**)</p>	<p><input type="checkbox"/> Urem urin (**)</p> <p><input type="checkbox"/> Kreatinin urin (**)</p> <p><input type="checkbox"/> Asam urat urin (**)</p> <p><input type="checkbox"/> VMA urin (**)</p> <p><input type="checkbox"/> Amilase urin (**)</p> <p><input type="checkbox"/> Kortisol urin (**)</p> <p><input type="checkbox"/> Aldosteron urin (**)</p> <p><b>LAIN-LAIN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tes kehamilan (rapid)</p> <p><input type="checkbox"/> <math>\beta</math>-HCG urin (liter)</p> <p><input type="checkbox"/> Hemosiderin urin</p> <p><input type="checkbox"/> Mikroalbumin urin</p> <p><input type="checkbox"/> Osmolalitas urin</p> <p><b>SKRINING NAPZA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Amfetamin <input type="checkbox"/> THC</p> <p><input type="checkbox"/> Opiat <input type="checkbox"/> Cocaine</p> <p><input type="checkbox"/> Benzodiazepin</p> <p><b>TINJA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Tinja rutin</p> <p><input type="checkbox"/> Tinja lengkap</p> <p><input type="checkbox"/> Pencernaan</p> <p><input type="checkbox"/> Darah samar</p> <p><b>IMUNOLOGI &amp; SEROLOGI</b></p> <p><b>ALERGI-IMUNOLOGI</b></p> <p><input type="checkbox"/> IgE total</p> <p><input type="checkbox"/> IgE atopi</p> <p><input type="checkbox"/> IgE spesifik (RAST)</p> <p>1. ....</p> <p>2. ....</p> <p><input type="checkbox"/> ANA IF</p> <p><input type="checkbox"/> ANA Profile</p> <p><input type="checkbox"/> Anti ds-DNA</p> <p><input type="checkbox"/> Komplemen C3</p> <p><input type="checkbox"/> Komplemen C4</p> <p><input type="checkbox"/> Anti smooth muscle antibody</p> <p><input type="checkbox"/> Anti CCP IgG</p> <p><b>STATUS NUTRISI</b></p> <p><input type="checkbox"/> Prealbumin</p> <p><input type="checkbox"/> Vitamin 25 (OH) D</p> <p><b>MONOCLONAL GAMOPATHY</b></p> <p><input type="checkbox"/> Imunofikasi / Imunotyping</p> <p><input type="checkbox"/> Serum free light chain</p> <p><input type="checkbox"/> <math>\beta</math>-2-mikroglobulin serum</p> <p><input type="checkbox"/> IgG kuantitatif</p> <p><input type="checkbox"/> IgA kuantitatif</p> <p><input type="checkbox"/> IgM kuantitatif</p> <p><input type="checkbox"/> Protein Bence Jones Urin</p> <p><input type="checkbox"/> Elektroforesis protein urin</p> <p><input type="checkbox"/> Imunofiksasi protein urin</p> <p><b>INFESI DAN INFLAMASI</b></p> <p><input type="checkbox"/> VDRL</p> <p><input type="checkbox"/> TPHA</p> <p><input type="checkbox"/> Widal</p> <p><input type="checkbox"/> Anti Salmonella IgM</p> <p><input type="checkbox"/> ASTO</p> <p><input type="checkbox"/> Rheumatoid Factor (RF)</p> <p><input type="checkbox"/> CRP</p> <p><input type="checkbox"/> IDT/ Seramoeba</p> <p><input type="checkbox"/> Anti Dengue IgG - IgM</p> <p><input type="checkbox"/> Dengue Ns1</p> <p><input type="checkbox"/> Helicobacter pylori IgG - IgM</p> <p><input type="checkbox"/> T Spot TB (IGRA)</p>	<p><b>TORCH</b></p> <p><input type="checkbox"/> Anti Toxoplasma IgG</p> <p><input type="checkbox"/> Anti Toxoplasma IgM</p> <p><input type="checkbox"/> Anti Rubella IgG</p> <p><input type="checkbox"/> Anti Rubella IgM</p> <p><input type="checkbox"/> Anti CMV IgG</p> <p><input type="checkbox"/> Anti CMV IgM</p> <p><input type="checkbox"/> Anti HSV-1 IgG</p> <p><input type="checkbox"/> Anti HSV-1 IgM</p> <p><input type="checkbox"/> Anti HSV-2 IgG</p> <p><input type="checkbox"/> Anti HSV-2 IgM</p> <p><b>HEPATITIS</b></p> <p><input type="checkbox"/> HBsAg</p> <p><input type="checkbox"/> Anti HBs (liter)</p> <p><input type="checkbox"/> Anti Hbc total</p> <p><input type="checkbox"/> Anti Hbc IgM</p> <p><input type="checkbox"/> HBeAg</p> <p><input type="checkbox"/> Anti HBe</p> <p><input type="checkbox"/> HBV DNA kuantitatif</p> <p><input type="checkbox"/> Anti HAV total</p> <p><input type="checkbox"/> Anti HAV IgM</p> <p><input type="checkbox"/> Anti HCV total</p> <p><input type="checkbox"/> HCV RNA kuantitatif</p> <p><input type="checkbox"/> HCV genotyping</p> <p><b>HIV</b></p> <p><input type="checkbox"/> Anti HIV</p> <p><input type="checkbox"/> Western Blot</p> <p><input type="checkbox"/> CD4</p> <p><input type="checkbox"/> CD4-CD8</p> <p><input type="checkbox"/> HIV-RNA (viral load)</p> <p><input type="checkbox"/> HIV-DNA (EID)</p> <p><b>BONE</b></p> <p><input type="checkbox"/> N-Mid Osteocalcin</p> <p><input type="checkbox"/> Isoenzim ALP</p> <p><b>TIROID</b></p> <p><input type="checkbox"/> T3 total</p> <p><input type="checkbox"/> T4 total</p> <p><input type="checkbox"/> Free T3</p> <p><input type="checkbox"/> Free T4</p> <p><input type="checkbox"/> TSH sensitif</p> <p><input type="checkbox"/> Tiroglobulin</p> <p><input type="checkbox"/> Anti tiroglobulin</p> <p><input type="checkbox"/> Anti TPO (Thyroid peroxidase)</p> <p><b>REPRODUKSI - GESTASI</b></p> <p><input type="checkbox"/> FSH</p> <p><input type="checkbox"/> LH</p> <p><input type="checkbox"/> Estradiol</p> <p><input type="checkbox"/> Progesteron</p> <p><input type="checkbox"/> Prolaktin</p> <p><input type="checkbox"/> Testosteron</p> <p><b>HORMON LAIN</b></p> <p><input type="checkbox"/> Aldosteron</p> <p><input type="checkbox"/> Kortisol</p> <p><input type="checkbox"/> Parathyroid</p> <p><input type="checkbox"/> Calcitonin</p> <p><b>PETANDA TUMOR</b></p> <p><i>Urologi-ginekologi-payudara</i></p> <p><input type="checkbox"/> PSA</p> <p><input type="checkbox"/> Free PSA</p> <p><input type="checkbox"/> Ca 125 (ovarium)</p> <p><input type="checkbox"/> HE-4+ Ca 125 (ROMA)</p> <p><input type="checkbox"/> SCC (cervix)</p> <p><input type="checkbox"/> - HCG kuantitatif (trophoblastic)</p> <p><input type="checkbox"/> Ca 15-3 (payudara)</p>	<p><b>Saluran cerna</b></p> <p><input type="checkbox"/> AFP (hepar)</p> <p><input type="checkbox"/> CEA (colorectal)</p> <p><input type="checkbox"/> Ca 19-9 (pankreas)</p> <p><input type="checkbox"/> Ca 72-4 (gaster)</p> <p><input type="checkbox"/> M2PK Feses (colorectal)</p> <p><b>Saluran napas</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cyfra 21.1 (paru / NSCLC)</p> <p><input type="checkbox"/> NSE (paru / SCLC)</p> <p><input type="checkbox"/> Anti EBV EA IgA (nasofaring)</p> <p><input type="checkbox"/> Anti EBV VCA IgA (nasofaring)</p> <p><input type="checkbox"/> Anti EBV EBNA IgA (nasofaring)</p> <p><b>MIKROBIOLOGI</b></p> <p><b>KULTUR</b></p> <p><input type="checkbox"/> MO + rest Bahan</p> <p><input type="checkbox"/> BTA 1. ....</p> <p><input type="checkbox"/> GALL 2. ....</p> <p><input type="checkbox"/> GO 3. ....</p> <p><input type="checkbox"/> Fungus 4. ....</p> <p><b>SEDIAAN LANGSUNG</b></p> <p><input type="checkbox"/> Pew Gram Bahan</p> <p><input type="checkbox"/> Pew BTA 1. ....</p> <p><input type="checkbox"/> Trichomonas 2. ....</p> <p><input type="checkbox"/> Fungus 3. ....</p> <p><input type="checkbox"/> Malaria 4. ....</p> <p><input type="checkbox"/> Filaria 5. ....</p> <p><b>SEROLOGI</b></p> <p><input type="checkbox"/> Fungus</p> <p><input type="checkbox"/> Cryptococcus</p> <p><input type="checkbox"/> Histoplasma</p> <p><b>PEMANTAUAN KADAR OBAT (TDM)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Digxin</p> <p><input type="checkbox"/> Methotrexate</p> <p><input type="checkbox"/> Lain : .....</p> <p><b>DIAGNOSTIK MOLEKULER</b></p> <p><b>FLOWCYTOMETRY</b></p> <p><input type="checkbox"/> Imunophenotyping Leukemia Akut</p> <p><input type="checkbox"/> B-cell lymphoproliferative disorder (BCLPD)</p> <p><input type="checkbox"/> Sel Secary</p> <p><input type="checkbox"/> Mieloma Multipel</p> <p><input type="checkbox"/> MRD Leukemia Akut</p> <p><input type="checkbox"/> PNH</p> <p><input type="checkbox"/> Stem Cell</p> <p><input type="checkbox"/> Lymphocyte subset</p> <p><input type="checkbox"/> Analisa Siklus Cell</p> <p><b>SITOGENETIKA</b></p> <p><input type="checkbox"/> Analisa Chromosom</p> <p><b>PCR</b></p> <p><input type="checkbox"/> PCR - TB</p> <p><input type="checkbox"/> PCR Salmonella</p> <p><input type="checkbox"/> HPV genotyping</p> <p><input type="checkbox"/> HPV screening</p> <p><input type="checkbox"/> CMV DNA kuantitatif</p> <p><input type="checkbox"/> EBV DNA LMP2</p> <p><input type="checkbox"/> BCR - ABL kuantitatif</p> <p><b>LAIN-LAIN</b></p> <p><input type="checkbox"/> HLA typing</p> <p><input type="checkbox"/> BCR-ABL (Litbang RSKD)</p>
---	---	--	--	---





RUMAH SAKIT KANKER

“DHARMAIS”

(PUSAT KANKER NASIONAL)

Jl. Letjen.S. Parman Kav.84-86, Jakarta 11420

Telp : 021 - 5681570-71 ETX.1149 / 1130 (Hunting) •Fak : 021 - 56944167 SMS : 081398600090

Homepage : www.dharmais.co.id E-mail : dharmais@dharmais.co.id



INSTALASI RADIODIAGNOSTIK

PERMINTAAN PEMERIKSAAN RADIOLOGI

Nama Pasien : Nomor MR :
Tanggal Lahir : Dokter Pengirim :
Jenis Kelamin : Tanggal :
Alamat : Kunjungan : B/L
Telpon Rumah/Kantor : Kelas :

WAJIB DIISI

Data Klinis (Singkat dan Jelas termasuk diagnosa kerja). Hal yang perlu diperhatikan mengenai pasien : (termasuk riwayat alergi dan dibawah pengobatan tertentu)

Paraf Dokter

( )

KONVENSIONAL ( TANPA PERJANJIAN )

- Schedel □ Shoulder Joint □ Vert.Thoracal AP/Lat □ Ankle Joint
□ Mastoid □ Antebrachi □ Vert.Thoracal AP/Lat/Oblique □ Femur
□ Sinus Paranasal □ Manus □ Vert.Lumbal AP/Lat □ Cruris
□ Orbita □ Humerus AP/Lat □ Vert.Lumbal AP/Lat/Oblique □ Pedis
□ Nasal Bone □ Elbow Joint AP/Lat □ Os.Sacrum □ Bone Survey
□ Maxilla □ Thorax PA □ Pelvis AP/Lat □
□ TMJ □ Thorax PA/Lat □ Abomen 3 posisi □
□ Mandibula □ Cor Analysa □ Abdomen/BNO □
□ Leher AP/Lat □ Sternum □ Coxae □ Mammografi
□ Cervical AP/Lat □ Clavicula □ Wrist Joint AP/Lat □ Specimen
□ Cervical AP/Lat/Obligue □ Scapula □ Art.Genu □ Mammografi

ULTRASONOGRAFI (USG)

- Kepala □ Abdomen Atas □ Obstetri/Ginekologi □
□ Thyroid □ Abdomen Bawah □ Doppler □
□ Payudara □ Abdomen Atas - Bawah □ Guide Biopsi □

FLUOROSCOPY

- BNO - IVP □ Phlebografi □ ERCP □ Sialografi □
□ Myelografi □ Cystografi □ Ductografi □ HSG □

GASTROBNTEROGRAFI

- Colon In Loop □ OMD □ Small Intestine / Follow Through □
□ HSG □ Lopografi □ Fistulografi □

KEDOKTERAN NUKLIR

- Bone Scanning □ Liver □ SNLP ( Sentinel Node Lymphoscintigrafi)
□ Three Phase Bone □ Renal □ MIBI Nasofaring / Payudara
□ Brain □ Thyroid Tc 99/1131 □
□ GFR ( Glomerular Filtration Rate) □ Whole Body Scanning I 131 □

- CT SCAN □ MRI □ KONTRAS □ NON KONTRAS
□ Brain □ Laring □ Thyroid □ Thoracal Spine □ Myelo CT
□ Orbita □ Temporal Bone □ Thorak □ Lumbal Spine □ Mammac
□ Sinus Paranasal □ Sella Tursica □ Abdomen □ TTB/ Guide Biopsi □ Abdomen 3 Phase
□ Nasofaring □ Neck / Leher □ Pelvis □ Extermitas Atas □
□ Orofaring □ Cervical / Spine □ Abdomen Pelvis □ Extermitas Bawah □

- PET - SCAN □ PET - CT SCAN □ PET - MRI
□ Brain □
□ Whole Body □

- ANGIOGRAFI
□ TAE / TAI □ Art Carotis □ Art Coeliaca □
□ PTBD / PTCD □ Art.Renal □ Art.Femoralis □





**RUMAH SAKIT KANKER  
"DHARMAIS"  
(PUSAT KANKER NASIONAL)**

FRM.IPA.002.REV.01  
02 September 2009

Jl. Letjen S. Parman Kav. 84 - 86, Slipi, Jakarta 11420  
Telp. : 021 - 5681570-71 (Hunting) • Fax : 021 - 5681579  
Homepage : www.dharmais.co.id • Email : dharmais@dharmais.co.id

**LEMBAR PERMINTAAN  
PEMERIKSAAN SITOLOGI**

No. Sitologi : .....  
Diterima tanggal : .....

No. Rekam Medik : .....  
Nama Pasien : .....  
Umur : .....  
Alamat : .....  
Dokter Pengirim : .....  
Poliklinik / Ruang / Unit : .....  
Rumah Sakit : .....

Lk  Pr

Bahan Berasal dari : .....  
Cara pengambilan :  apusan  bilasan  sikatan  pungsi  aspirasi  
 Lain-lain : .....  
Tanggal pengambilan : .....  
Cairan fiksasi :  alkohol 95 %  fiksasi kering  
 Lain-lain : .....

**DIAGNOSIS KLINIK  
GINEKOLOGI**

Paritas : ..... Hamil :  ya  tidak post partum :  ya  tidak  
Status menstruasi :  pra menopause  menopause/pasca menopause  
haid terakhir : ..... / ..... / ..... siklus haid : ..... hari  teratur  tidak teratur  
Kontrasepsi :  pil  suntik  AKDR  Lain-lain : .....  
Terapi hormon lain : ..... Tanggal : ..... / ..... / .....  
operasi, tanggal : ..... Radiasi, tanggal : ..... / ..... / .....  
Status ginekologi :  tak ada kelainan  Fluor albus  servitis  
 eritroplakia  leucoplakia  pendarahan sentuh  
 pendarahan abnormal  lesi mencurigakan  lain-lain : .....

**NON GINEKOLOGI**

Endoskopi, hasil : .....  
 Radiologi, hasil : .....  
Keterangan klinik lain / terapi sebelumnya : .....  
Pemeriksaan sitologi sebelumnya oleh  RS Kanker  Laboratorium lain : .....  
No. .... Tanggal : ..... / ..... / ..... Hasil : .....  
Pemeriksaan Pathologi oleh  RS Kanker  Laboratorium lain : .....  
No. .... Tanggal : ..... / ..... / ..... Hasil : .....  
..... 20 .....

( tanda tangan dokter )







### PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi / Pemberi Persetujuan*			
Data Identitas Pasien		Nama : Nomor Rekam Medik : Tanggal lahir :	
NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (✓)
1	Diagnosis (WD & DD)		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
5	Tata Cara		
6	Tujuan Tindakan		
7	Tujuan Pengobatan	1. Kuratif 2. Paliatif	
8	Risiko		
9	Komplikasi		
10	Prognosis		
11	Alternatif & Risiko		
12	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi		Tanda Tangan	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi tertulis dan lisan sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya		Tanda Tangan	
* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi/pemberi persetujuan adalah wali atau keluarga terdekat			
PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
Yang bertanda tangan dibawah ini saya, nama _____, umur _____ tahun, laki-laki/ perempuan*, alamat _____,			
dengan ini menyatakan <b>persetujuan</b> untuk dilakukannya tindakan _____ terhadap saya / _____ saya* bernama _____, umur _____ tahun, laki-laki / perempuan*, alamat _____			
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Saya menyadari bahwa ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka hasil upaya tindakan kedokteran terhadap diri saya/keluarga saya bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.			
_____, tanggal _____ jam _____			
Yang menyatakan*		Saksi :	
(_____)		(_____)	