

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 ?



Sistem Registrasi Kanker di Indonesia (SRiKandi)

Pasien		No Registrasi		RS	
No. Rekam Medis <input type="text"/>		Auto Number <input type="text"/>			
Nama Lengkap		No. Epidemiologi		<input type="text"/>	
Nama Depan <input type="text"/> Nama Belakang <input type="text"/> Nama Keluarga <input type="text"/>		Jenis Kelamin		<input type="checkbox"/> 0. Unknown <input type="checkbox"/> 1. Laki-laki <input type="checkbox"/> 2. Perempuan	
No. Identitas / KTP		Agama		<input type="checkbox"/> 3. Protestan <input type="checkbox"/> 4. Hindu <input type="checkbox"/> 5. Budha <input type="checkbox"/> 9. Lain-lain	
Tempat Lahir <input type="text"/>		Umur pada kunjungan pertama/ tahun		<input type="text"/>	
Alamat Rumah <input type="text"/>		Status perkawinan		<input type="checkbox"/> 0. Unknown <input type="checkbox"/> 1. Menikah <input type="checkbox"/> 2. Janda / Duda <input type="checkbox"/> 3. Lajang	
Kode Pos <input type="text"/>		Suku/ dalam daftar		<input type="text"/>	
Kel. : <input type="text"/>		Pekerjaan/ dalam daftar		<input type="text"/>	
Kec. : <input type="text"/>					
Kab. : <input type="text"/>					
Prop. : <input type="text"/>					
Keterangan <input type="text"/>					
Tumor		Behaviour		Grade	
Topography <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 0. Benign <input type="checkbox"/> 1. Uncertain <input type="checkbox"/> 2. Carcinoma In Situ <input type="checkbox"/> 3. Malignant, primary site <input type="checkbox"/> 6. Malignant, metastatic site <input type="checkbox"/> 9. Malignant, uncertain		<input type="checkbox"/> 1. Well Differentiated <input type="checkbox"/> 2. Moderately Differentiated <input type="checkbox"/> 3. Poorly Differentiated <input type="checkbox"/> 4. Undifferentiated <input type="checkbox"/> 5. Positive T-cell <input type="checkbox"/> 6. Positive B-cell <input type="checkbox"/> 7. Null Cell <input type="checkbox"/> 8. NK (Natural Killer) Cell <input type="checkbox"/> 9. Not Applicable <input type="checkbox"/> 10. Dedifferentiated	
Morphology <input type="text"/>		Most valid basic of diagnosis of cancer		Clinical extent of disease before treatment	
(Jenis tumor) <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> 1. Clinical only <input type="checkbox"/> 2. Lab, X-ray, Endoscopy, Isotopes Angiography, EEG <input type="checkbox"/> 3. Surgent/ Autopsy without histology <input type="checkbox"/> 4. Spesific biochemical/ Immunology tests <input type="checkbox"/> 5. Cytology/ Haematology <input type="checkbox"/> 6. Histology of metastasis <input type="checkbox"/> 7. Histology of primary <input type="checkbox"/> 8. Autopsy with histology <input type="checkbox"/> 9. Unknown		<input type="checkbox"/> 1. Insitu <input type="checkbox"/> 2. Localized <input type="checkbox"/> 3. Direct Extension <input type="checkbox"/> 4. Regional Lymph node Involvement <input type="checkbox"/> 5. Direct Extension with regional lymph node involvement <input type="checkbox"/> 6. Distant metastases <input type="checkbox"/> 8. Not applicable <input type="checkbox"/> 9. Unknown	
Stage / TNM		Site (s) of distant metastases		Laterality	
<input type="text"/> <input type="text"/> 0. Stage 0 1. Stage I 2. Stage II 3. Stage III 4. Stage IV 9. Unknown		<input type="checkbox"/> 0. None <input type="checkbox"/> 1. Distant lymph node <input type="checkbox"/> 2. Bone <input type="checkbox"/> 3. Liver <input type="checkbox"/> 4. Lung and/ or pleura <input type="checkbox"/> 5. Brain <input type="checkbox"/> 6. Ovary <input type="checkbox"/> 7. Skin <input type="checkbox"/> 8. Other <input type="checkbox"/> 9. Unknown		<input type="checkbox"/> 1. Right <input type="checkbox"/> 2. Left <input type="checkbox"/> 3. Central <input type="checkbox"/> 4. Bilateral <input type="checkbox"/> 5. Multiple <input type="checkbox"/> 6. Not Applicable <input type="checkbox"/> 9. Unknown	
Treatment at reporting institution		Tanggal pertama kali didiagnosa kanker			
<input type="checkbox"/> 0. No Treatment <input type="checkbox"/> 1. Surgery <input type="checkbox"/> 2. Radiotherapy <input type="checkbox"/> 3. Surgery & Radiotherapy <input type="checkbox"/> 4. Chemotherapy <input type="checkbox"/> 5. Surgery & Chemotherapy <input type="checkbox"/> 6. Radiotherapy & Chemotherapy <input type="checkbox"/> 7. Surg. Radiotherapy & Chemotherapy <input type="checkbox"/> 8. Other Therapy <input type="checkbox"/> 9. Unknown		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dd-mm-yy			
Sources/ Follow-Up					
Tgl. Periksa	Kode Rumah Sakit	Nama Rumah Sakit	Unit ID	Unit	No. PA / Lab
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Status at last contact		Date of last contact			
<input type="checkbox"/> 1. Alive, no evidence of cancer <input type="checkbox"/> 2. Alive, localized tumour <input type="checkbox"/> 3. Alive, direct extension or local involvement <input type="checkbox"/> 4. Alive, distant metastases <input type="checkbox"/> 5. Alive, subsequent primary discovery or first primary discovered when previously unknown <input type="checkbox"/> 6. Alive, nothing further specified <input type="checkbox"/> 7. No follow-up <input type="checkbox"/> 8. Dead <input type="checkbox"/> 9. Unknown		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> dd-mm-yy			
Kesimpulan <input type="text"/>					
Registrar :		TTD / Tanggal :		Verifikator :	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
		TTD / Tanggal :			
		<input type="text"/>			

Lampiran 5

		RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS		Nomor Dokumen Medik		00-21-69-48		RM 0.0					
RINGKASAN MASUK DAN KELUAR				Agama : Islam		SEX Perempuan							
Nama Pasien : JUBAIDAH , NY				Peserta JKN : No. 0001854214716									
Tanggal Lahir / Umur : 09-05-1947 (70 Th/ 1 bl/ 25 hr)				Peserta JPS : No.									
Pendidikan/Pekerjaan : SLTP/Sederajat / Mengurus Rumah Tangga				Cara Penerimaan : Melalui IRJ									
Alamat/Tlp./HP : JL. KOTA BARU JL. JAMBRUD II PL UTARA DIRGAHAYU - (082353701569)				Cara Masuk, dikirim oleh : RSUD ULIN BANJARMASIN									
Status Perkawinan : Kawin				Tanggal Masuk		Tanggal		Bulan		Tahun			
Nama Penanggung Jawab Pembayaran : BPJS / JKN						02		07		2017			
Nama/Alamat Keluarga Terdekat :				Dipindahkan Ke Ruang		Jam : 10:48:34							
						Tanggal/Bulan							
Bag/Spes Bedah Digestif		Ruang Rawat Tulip		Kamar/Kelas 615 / Kelas I		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 Dokter	Tepi mulai penulisan untuk Petugas Kesehatan Lainnya		

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:

HEMATOLOGI <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Hematologi rutin 1 (Hb, L, Tr, E, Ht)<input type="checkbox"/> Hematologi rutin 2 (Rutin 1 + ht. jenis)<input type="checkbox"/> Hematologi lengkap (Rutin 2 + LED + Retikulosit)<input type="checkbox"/> Retikulosit<input type="checkbox"/> Hilung eosinofil<input type="checkbox"/> Nilai eritrosit rata-rata<input type="checkbox"/> LED<input type="checkbox"/> Gambaran darah tepi<input type="checkbox"/> Gambaran sumsum tulang<input type="checkbox"/> Pewarnaan MGG sitologi<input type="checkbox"/> Bahan :<input type="checkbox"/> Tes resistensi osmotik<input type="checkbox"/> Sugar Water Test<input type="checkbox"/> Ham's test<input type="checkbox"/> Coombs' Test<input type="checkbox"/> G6PD<input type="checkbox"/> Analisa hemoglobin<input type="checkbox"/> SI - TIBC<input type="checkbox"/> Ferritin<input type="checkbox"/> Transferrin<input type="checkbox"/> sTFR<input type="checkbox"/> Asam folat<input type="checkbox"/> Vitamin B12<input type="checkbox"/> Haptoglobin<input type="checkbox"/> Sel LEPewarnaan sitokimiaSudan Black B (SBB)Non Specific Esterase (NSE)Neutrophil Alkaline Phosphatase (NAP)	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Cholinesterase<input type="checkbox"/> SGOT<input type="checkbox"/> SGPT<input type="checkbox"/> Gamma-GT<input type="checkbox"/> Fosfatase alkali (ALP)<input type="checkbox"/> AmoniaENZIM<input type="checkbox"/> LDHKARBOHIDRAT<input type="checkbox"/> Glukosa sewaktu<input type="checkbox"/> Glukosa puasa (*)<input type="checkbox"/> Glukosa 2 jam PP<input type="checkbox"/> Tes toleransi glukosa (*)<input type="checkbox"/> Kurva harian glukosa<input type="checkbox"/> Glukosa sliding scale<input type="checkbox"/> HbA1c<input type="checkbox"/> C-peptid (*)<input type="checkbox"/> InsulinKARDIOVASKULER<input type="checkbox"/> CK <input type="checkbox"/> CK-MB<input type="checkbox"/> Troponin <input type="checkbox"/> CK-MB (mass)<input type="checkbox"/> Mioglobin<input type="checkbox"/> hsCRP<input type="checkbox"/> Homocysteine<input type="checkbox"/> Brain Natriuretic Peptide (BNP)LEMAK DARAH<input type="checkbox"/> Trigliserida (*)<input type="checkbox"/> Kolesterol total<input type="checkbox"/> Kolesterol LDL<input type="checkbox"/> Kolesterol HDL<input type="checkbox"/> Lp (a) (*)<input type="checkbox"/> APO A1 (*)<input type="checkbox"/> APO B (*)<input type="checkbox"/> Small dense LDL (*)FUNGSI GINJAL<input type="checkbox"/> Urem (*)<input type="checkbox"/> Kreatinin<input type="checkbox"/> Asam urat<input type="checkbox"/> Creatinin clearance (CCT) (**)<input type="checkbox"/> Cystatin CELEKTROLIT & GAS DARAH<input type="checkbox"/> Natrium, Kalium, Klorida<input type="checkbox"/> Kalsium<input type="checkbox"/> Fosfor anorganik<input type="checkbox"/> Magnesium<input type="checkbox"/> Analisa Gas DarahLAIN-LAIN<input type="checkbox"/> Fosfatase Asam<input type="checkbox"/> Amilase - Lipase<input type="checkbox"/> Asam laktat<input type="checkbox"/> Aseton darah	<ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Urem urin (**)<input type="checkbox"/> Kreatinin urin (**)<input type="checkbox"/> Asam urat urin (**)<input type="checkbox"/> VMA urin (**)<input type="checkbox"/> Amilase urin (**)<input type="checkbox"/> Kortisol urin (**)<input type="checkbox"/> Aldosteron urin (**)LAIN-LAIN<input type="checkbox"/> Tes kehamilan (rapid)<input type="checkbox"/> β-HCG urin (liter)<input type="checkbox"/> Hemosiderin urin<input type="checkbox"/> Mikroalbumin urin<input type="checkbox"/> Osmolalitas urinSKRINING NAPZA<input type="checkbox"/> Amfetamin <input type="checkbox"/> THC<input type="checkbox"/> Opiat <input type="checkbox"/> Cocaine<input type="checkbox"/> BenzodiazepinTINJA<input type="checkbox"/> Tinja rutin<input type="checkbox"/> Tinja lengkap<input type="checkbox"/> Pencernaan<input type="checkbox"/> Darah samarIMUNOLOGI & SEROLOGIALERGI-IMUNOLOGI<input type="checkbox"/> IgE total<input type="checkbox"/> IgE atopi<input type="checkbox"/> IgE spesifik (RAST)1.2.<input type="checkbox"/> ANA IF<input type="checkbox"/> ANA Profile<input type="checkbox"/> Anti ds-DNA<input type="checkbox"/> Komplemen C3<input type="checkbox"/> Komplemen C4<input type="checkbox"/> Anti smooth muscle antibody<input type="checkbox"/> Anti CCP IgGSTATUS NUTRISI<input type="checkbox"/> Prealbumin<input type="checkbox"/> Vitamin 25 (OH) DMONOCLONAL GAMOPATHY<input type="checkbox"/> Imunofiksasi / Imunotyping<input type="checkbox"/> Serum free light chain<input type="checkbox"/> β-2-mikroglobulin serum<input type="checkbox"/> IgG kuantitatif<input type="checkbox"/> IgA kuantitatif<input type="checkbox"/> IgM kuantitatif<input type="checkbox"/> Protein Bence Jones Urin<input type="checkbox"/> Elektroforesis protein urin<input type="checkbox"/> Imunofiksasi protein urinINFEKSI DAN INFLAMASI<input type="checkbox"/> VDRL<input type="checkbox"/> TPHA<input type="checkbox"/> Widal<input type="checkbox"/> Anti Salmonella IgM<input type="checkbox"/> ASTO<input type="checkbox"/> Rheumatoid Factor (RF)<input type="checkbox"/> CRP<input type="checkbox"/> IDT/ Seramoeba<input type="checkbox"/> Anti Dengue IgG - IgM<input type="checkbox"/> Dengue Ns1<input type="checkbox"/> Helicobacter pylori IgG - IgM<input type="checkbox"/> T Spot TB (IGRA)	<ul style="list-style-type: none">TORCH<input type="checkbox"/> Anti Toxoplasma IgG<input type="checkbox"/> Anti Toxoplasma IgM<input type="checkbox"/> Anti Rubella IgG<input type="checkbox"/> Anti Rubella IgM<input type="checkbox"/> Anti CMV IgG<input type="checkbox"/> Anti CMV IgM<input type="checkbox"/> Anti HSV-1 IgG<input type="checkbox"/> Anti HSV-1 IgM<input type="checkbox"/> Anti HSV-2 IgG<input type="checkbox"/> Anti HSV-2 IgMHEPATITIS<input type="checkbox"/> HBsAg<input type="checkbox"/> Anti HBs (liter)<input type="checkbox"/> Anti Hbc total<input type="checkbox"/> Anti Hbc IgM<input type="checkbox"/> HBeAg<input type="checkbox"/> Anti HBe<input type="checkbox"/> HBV DNA kuantitatif<input type="checkbox"/> Anti HAV total<input type="checkbox"/> Anti HAV IgM<input type="checkbox"/> Anti HCV total<input type="checkbox"/> HCV RNA kuantitatif<input type="checkbox"/> HCV genotypingHIV<input type="checkbox"/> Anti HIV<input type="checkbox"/> Western Blot<input type="checkbox"/> CD4<input type="checkbox"/> CD4-CD8<input type="checkbox"/> HIV-RNA (viral load)<input type="checkbox"/> HIV-DNA (EID)BONE<input type="checkbox"/> N-Mid Osteocalcin<input type="checkbox"/> Isoenzim ALPTIROID<input type="checkbox"/> T3 total<input type="checkbox"/> T4 total<input type="checkbox"/> Free T3<input type="checkbox"/> Free T4<input type="checkbox"/> TSH sensitif<input type="checkbox"/> Tiroglobulin<input type="checkbox"/> Anti tiroglobulin<input type="checkbox"/> Anti TPO (Thyroid peroxidase)REPRODUKSI - GESTASI<input type="checkbox"/> FSH<input type="checkbox"/> LH<input type="checkbox"/> Estradiol<input type="checkbox"/> Progesteron<input type="checkbox"/> Prolaktin<input type="checkbox"/> TestosteronHORMON LAIN<input type="checkbox"/> Aldosteron<input type="checkbox"/> Kortisol<input type="checkbox"/> Parathyroid<input type="checkbox"/> CalcitoninPETANDA TUMOR<i>Urologi-ginekologi-payudara</i><input type="checkbox"/> PSA<input type="checkbox"/> Free PSA<input type="checkbox"/> Ca 125 (ovarium)<input type="checkbox"/> HE-4+ Ca 125 (ROMA)<input type="checkbox"/> SCC (cervix)<input type="checkbox"/> - HCG kuantitatif (trophoblastic)<input type="checkbox"/> Ca 15-3 (payudara)	<ul style="list-style-type: none">Saluran cema<input type="checkbox"/> AFP (hepar)<input type="checkbox"/> CEA (colorectal)<input type="checkbox"/> Ca 19-9 (pankreas)<input type="checkbox"/> Ca 72-4 (gaster)<input type="checkbox"/> M2PK Feses (colorectal)Saluran napas<input type="checkbox"/> Cyfra 21.1 (paru / NSCLC)<input type="checkbox"/> NSE (paru / SCLC)<input type="checkbox"/> Anti EBV EA IgA (nasofaring)<input type="checkbox"/> Anti EBV VCA IgA (nasofaring)<input type="checkbox"/> Anti EBV EBNA IgA (nasofaring)MIKROBIOLOGIKULTUR<input type="checkbox"/> MO + rest Bahan<input type="checkbox"/> BTA 1.<input type="checkbox"/> GALL 2.<input type="checkbox"/> GO 3.<input type="checkbox"/> Fungus 4.SEDIAAN LANGSUNG<input type="checkbox"/> Pew Gram Bahan<input type="checkbox"/> Pew BTA 1.<input type="checkbox"/> Trichomonas 2.<input type="checkbox"/> Fungus 3.<input type="checkbox"/> Malaria 4.<input type="checkbox"/> Filaria 5.SEROLOGI<input type="checkbox"/> Fungus<input type="checkbox"/> Cryptococcus<input type="checkbox"/> HistoplasmaPEMANTAUAN KADAR OBAT (TDM)<input type="checkbox"/> Digxin<input type="checkbox"/> Methotrexate<input type="checkbox"/> Lain :DIAGNOSTIK MOLEKULERFLOWCYTOMETRY<input type="checkbox"/> Imunophenotyping Leukemia Akut<input type="checkbox"/> B-cell lymphoproliferative disorder (BCLPD)<input type="checkbox"/> Sel Secary<input type="checkbox"/> Mieloma Multipel<input type="checkbox"/> MRD Leukemia Akut<input type="checkbox"/> PNH<input type="checkbox"/> Stem Cell<input type="checkbox"/> Lymphocyte subset<input type="checkbox"/> Analisa Siklus CellSITOGENETIKA<input type="checkbox"/> Analisa ChromosomPCR<input type="checkbox"/> PCR - TB<input type="checkbox"/> PCR Salmonella<input type="checkbox"/> HPV genotyping<input type="checkbox"/> HPV screening<input type="checkbox"/> CMV DNA kuantitatif<input type="checkbox"/> EBV DNA LMP2<input type="checkbox"/> BCR - ABL kuantitatifLAIN-LAIN<input type="checkbox"/> HLA typing<input type="checkbox"/> BCR-ABL (Litbang RSKD)
--	---	--	--	--



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 persetujuan 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 :	
(_____)		(_____) (_____)	