



PEMERINTAH PROVINSI SUMATERA BARAT  
 BADAN LAYANAN UMUM DAERAH  
**RSUD MOHAMMAD NATSIR**  
 Jl. Singap Rambah Kota Solok Telp: (0755) 29003 Faks: (0755) 29003  
 Website: www.rsudmohammadsambaprov.go.id  
 email: rsud\_moham@sumbarprov.go.id

No Rekam Medis : 220601  
 Nama Pasien :   
 Tanggal Lahir:   
 (Mohon diisi atau stempel jika ada)

### PENGAJIAN PRA BEDAH

DPJP : dr. Nadya Dwi Korsa	TANGGAL MASUK : 14/11/2022
KELAS RAWATAN : I	TANGGAL KELUAR :

TANGGAL : 15/11/2022 JAM : 09:30 WIB

#### PENGAJIAN PRA BEDAH (Diisi oleh Operator)

Tempat Pengkajian :  Instalasi Gawat Darurat/ Kamar Bersalin  
 Unit Rawat Inap : Ruang Perawatan / NICU / PICU / HCU  
 Poliklinik

Riwayat Penyakit :  Hipertensi  Diabetes  Hepatitis  Peny Lainnya

Riwayat Operasi : Jenis Operasi : Tonsillectomy Diphtheria Orfah Kapan 15/11/2022

Riwayat Alergi :  Tidak Ada  Tidak Diketahui  Ada, Sebutkan

#### Data Subjektif (Anamnesis)

Riwayat nyeri melena berulng

#### Data Objektif (Pemeriksaan Fisik)

Tersporok : tonal T2-T2 kmpn melena  
 non terdapat hipertensi adenal ft

Diagnosis Pre Operasi : Bartobacteriemia

#### RENCANA TATA LAKSANA

Rencana Operasi / Tindakan	<u>Tonsillectomy</u>		
Sifat Prosedur	<input checked="" type="checkbox"/> Elektif, Hari / Tanggal : <u>Selasa, 15/11/2022</u>	<input type="checkbox"/> Cito	
Perkiraan Lama Tindakan	<input type="checkbox"/> 60 menit/jam		
Anestesia	<input type="checkbox"/> Lokal	<input type="checkbox"/> Konsul Pendampingan Anestesi	<input checked="" type="checkbox"/> Konsul Pembiusan
Puasa	<input type="checkbox"/> Tidak Perlu	<input checked="" type="checkbox"/> Sesuai Rencana Anestesi	<input type="checkbox"/> Mulai Jam
Konsultasi Bagian Terkait	<input type="checkbox"/> Tidak Perlu	<input checked="" type="checkbox"/> Ya, <u>Anak</u>	
Peralatan Khusus Yang Digunakan	<input type="checkbox"/> Tidak Ada	<input type="checkbox"/> Laparoscopi	<input type="checkbox"/> Mikroskop
	<input type="checkbox"/> Lain - Lain :		
Pengosongan Kandung Kemih	<input type="checkbox"/> Ya	<input checked="" type="checkbox"/> Tidak	
Infus	<input type="checkbox"/> Tidak Perlu	<input type="checkbox"/> Di Kamar Operasi/ Tindakan	<input checked="" type="checkbox"/> IVFD
Persiapan Darah	<input type="checkbox"/> Tidak Perlu	<input type="checkbox"/> Whole Blood _____ ml	<input type="checkbox"/> Pakced Red Cells _____ ml
	<input type="checkbox"/> TC	<input type="checkbox"/> Komponen Lain :	
Rencana Post Operasi/ Tindakan	<input type="checkbox"/> Ruang Rawat Intensif (ICU/NICU/ PICU/ HCU)	<input checked="" type="checkbox"/> Ruang Perawatan Biasa	
	<input type="checkbox"/> Pulang		
Catatan			

Solok, 15/11 2022  
 dr. Nadya Dwi Korsa, Sp. THT-KL  
 (NIP. 19880712014032001)  
 Nama dan tanda tangan Operator

Terima kasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas