



PEMBERIAN INFORMASI DAN PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

drg. BULFENDRI DONI, Sp.BMM  
 NIP. 19820123 200012 1 003

DPJP	TGL.MASUK : 23 / 11 / 2022
KLS RAWATAN : 2	TGL.KELUAR :

PEMBERIAN INFORMASI

Dokter Pelaksana Tindakan	Drg. Bulpandri Doni, Sp.BMM		
Pemberi Informasi	Drg. Bulpandri Doni, Sp. BMM		
Penerima Informasi/Pemberi persetujuan	Irwanto.		
NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (V)
1	Diagnosis	Multiple Impaksi gigi 1-B . 1-B	✓
2	Dasar Diagnosis	Anamnesa : Pemeriksaan klinik . Foto OPG	✓
3	Tindakan Kedokteran	Multiple Odontektomi dg GA	✓
4	Indikasi Tindakan	Totol Impaksi	✓
5	Tata Cara	Sesuai SOP	✓
6	Tujuan	Menghilangkan totol Impaksi	✓
7	Risiko	Cedera jaringan lunak . Corras . d . Saraf . Perdarahan .	✓
8	Komplikasi	Bayu . nyeri . demam . Perdarahan Impaksi Parustol . Hematom . laserasi gigit bibir .	✓
9	Prognosis	Buruk at Buruk	✓
10	Alternatif	Tidak ada	✓
11	Resiko Alternatif	-	✓
12	Rencana Pengobatan	Antibiotik . Analgesik . Anti Inflamasi . Anti perdarahan	✓
13	Konsekuensi Menolak	Nyeri Menabap	✓
14	Hasil Asuhan yang tidak diharapkan	-	✓
15	Lain-lain		

Dengan ini menyatakan bahwa saya Dokter drg. Bulpandri Doni, Sp.BMM telah menerangkan hal-hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya berdiskusi  
 Tanda tangan  
 drg. BULFENDRI DONI, Sp.BMM  
 NIP. 19820123 200012 1 003

Dengan ini menyatakan saya nama : Irwanto hubungan dengan pasien :  
 Pasien sendiri/ Orangtua/ Anak/ Istri/ (Suami) Saudara/ Pengantar \*) Umur : 37 tahun, telah menerima informasi sebagaimana diatas yang saya beri tanda/ paraf dikolom kanannya serta diberi kesempatan untuk bertanya / diskusi, dan telah memahaminya.  
 Tanda tangan  
 Pasien/Keluarga

Jika pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat



No Rekam Medis: 233843  
 Nama Pasien :  
 Tanggal Lahir :  
 (Mohon diisi atau stempel)

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Saya yang bertandatangan dibawah ini :

Nama : Irwanto  
 Umur : 37 th  
 Jenis Kelamin : Laki - Laki  
 Alamat : Dharmasraya

dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan Operasi terhadap saya/ Istri saya,

Nama : Anisa Abdia  
 Umur : 31 th  
 Jenis Kelamin : Perempuan  
 Alamat : Dharmasraya

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas kepada saya , termasuk resiko dan komplikasi yang mungkin timbul .

Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukan lah ilmu pasti , maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan , melainkan sangat tergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa

Solok, Tgl: 24-11 - 2012 Jam : 08.06

Saksi I  
 Pasien/ Keluarga

*[Signature]*

(Irwanto)

Saksi II  
 Petugas RS/ PPA

DELIA SANTIKA, A.Md.kep  
 NIP. 19930508 202012 2 005

Terimakasih atas kerjasamanya telah mengisi formulir ini dengan benar dan jelas