



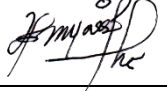




**FORMULIR SPMI
LEMBAGA PENJAMINAN MUTU INTERNAL
STIKes Panti Waluya Malang**

No. Dok	:	SN.DIKTI/A/FORM- SPWM/06.95.p
Tanggal	:	11-01-2019
Revisi	:	0
Berlaku	:	11-01-2019

FORMULIR KERAHASIAAN REKAM MEDIS

Digunakan untuk melengkapi	:	No. Standar SN.DIKTI/A/SPWM/06.21	Judul standar Standar Pengelolaan Laboratorium dan Instrumentasi Prodi MIK
		No. Prosedur SN.DIKTI/A/SOP- SPWM/06.95	Judul prosedur SOP Penyusunan Prosedur Manajemen Rekam Medis

Proses	Penanggung Jawab			Tanggal
	Nama	Jabatan	Tanda Tangan	
1. Perumusan	Ns. Ellia Ariesti, M.Kep	Waket I		11-12-2018
2. Pemeriksaan	Maria Magdalena Setyaningsih, Ns.Sp.Kep.Mat	Ka STIKes		17-12-2018
3. Persetujuan	Ns. Emy Sutiyasih, S.Kep., M.Kes	Ka.Senat		23-12-2018
4. Penetapan	Sr. Lusiana Riyanti, Misc	Ka. Yayasan		11-01-2019
5. Pengendalian	Wisodhanie Widi A., S.KM., M.Kes	Ka. LPMI		11-01-2019



FORMULIR
LEMBAGA PENJAMINAN MUTU INTERNAL
STIKes Panti Waluya Malang

No. Dok	:	SN.DIKTI/A/FORM-SPWM/06.95.p
Tanggal	:	11-01-2019
Revisi	:	0
Berlaku	:	11-01-2019

FORMULIR KERAHASIAAN REKAM MEDIS

Diisi Oleh Praktikan



RUMAH SAKIT SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PANTI WALUYA MALANG

PERMINTAAN REKAM MEDIS UNTUK PENELITIAN

REQUEST MEDICAL RECORD FOR RESEARCH

Saya yang bertandatangan di bawah ini:

I, the undersigned below:

Nama : _____

Name

No. Handphone : _____

Handphone number

Alamat : _____

Address

Institusi : _____

Institution

Memohon rekam medis untuk penelitian _____ (perihal penelitian) pada Rumah Sakit STIKes Panti Waluya Malang.

Request Medical Record for Research at STIKes Panti Waluya Hospital Malang

Nama Pasien : _____

Patient's Name

No. Medical Record : ____ - ____ - ____

Medical Record Number

Saya mengerti, paham dan setuju untuk mengikuti aturan-aturan penelitian:

I know, understand and agree to the terms and conditions for research :

a. Menjaga kerahasiaan pasien dan informasi rekam medis pasien

To keep the confidentiality of the patient and the information record

b. Tidak membuat salinan dan foto dari rekam medis pasien

Not to make any copy and photo from the patient's records

c. Tidak membawa rekam medis pasien keluar dari Unit Rekam Medis

Not to carry away the patient's records from Medical Record Unit

d. Memberikan salinan hasil penelitian kepada Unit Rekam Medis

Give a copy of research result to Medical Record Unit

Tanda Tangan _____ Tanggal _____

Signature

Date Signed

Disetujui oleh Kepala Bidang Pelayanan dan Penunjang Medis

Approved by Head of Ancillary Service & Medical Affair Division

Tanda Tangan _____ Tanggal _____

Signature

Date Signed



RUMAH SAKIT SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PANTI WALUYA MALANG

Ijin Pelepasan Data Medis / Authorization to Release of Medical Records

Yang bertandatangan di bawah ini saya : / *The Undersigned below* :

Nama / *Name* : _____

Keterangan / *Note* : Pasien sendiri / Orang tua / Wali Patient / *Parents /*
Guardian

Dengan ini memohon RS STIKES Panti Waluya Malang untuk memberikan data medis (salinan) dari pasien : *Ask to STIKES Panti Waluya Hospital Malang to release of medical record data (copy).*

Nama / *Patient Name* : _____

No. MR / *MR Number* : ____ - ____ - ____

Data medis yang diberikan / *This request and authorization applies to*

- Periode perawatan / *hospitalization date* _____ hingga / *through* _____
- Semua Informasi / *all health care information*
- Lain – lain / *other* : _____

Data medis tersebut diberikan kepada : *The medical record data will be given to*

Dokumen tersebut di atas akan digunakan untuk keperluan : *The document will be purposed to :*

Yang bertandatangan / *The undersigned*

Tanggal / *date* :

Otorisasi ini hanya berlaku selama 3 bulan sejak ditandatangani
This authorization is only valid for 3 months from signing