

KEPOLISIAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA
DAERAH PAPUA BARAT
BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN

SPESIFIKASI TEKNIS

PEKERJAAN : PENGADAAN ATK LAYANAN PASIEN RS. BHAYANGKARA POLDA
PAPUA BARAT
NAMA SATKER : BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN POLDA PAPUA BARAT
SUMBER DANA : DIPA BIDDOKKES TA 2024
RINCIAN BARANG :

NO	JENIS BARANG	SPESIFIKASI
1	AMPLOP PUTIH	Ukuran 110 mm x 240 mm, isi 100 pcs, Warna putih, Paperline, satuan Pak
2	BATERAI AA	Baterai size AA, ABC, Satuan Box
3	BATERAI AAA	Baterai size AAA, ABC, Satuan Pak
4	BINDER CLIPS No. 155	Ukuran 32 mm, 1 dus isi 12 buah,
5	BINDER CLIPS NO. 200	Ukuran 41 mm, 1 dus isi 12 buah,
6	BINDER CLIPS NO. 260	Ukuran 51 mm, 1 dus isi 12 buah,
7	BUKU FOLIO 100	Ukuran Folio, isi 100, Paperline, satuan Pak
8	BUKU FOLIO 200	Ukuran Folio, isi 200, Kiky, satuan Pak
9	BUKU EKSPEDISI	Ukuran ½ Folio, 100 lembar, Paperline, Satuan Pak
10	BUKU EKSPEDISI	Ukuran ½ Folio, 200 lembar, Paperline, Satuan Pak
11	GELANG PASIEN WARNA BIRU	Suncare, isi 100 PCS, Warna Biru
12	GELANG PASIEN WARNA PINK	Suncare, isi 100 PCS, Warna Pink
13	KERTAS HVS A4	Ukuran A4 70 gram, Warna Putih, Sinar Dunia, satuan karton
14	KERTAS HVS F4	Ukuran F4 70 gram, Warna Putih, Sinar Dunia, satuan karton
15	KERTAS COVER KUNING	Ukuran F4, warna kuning, kingco, satuan Pak
16	KERTAS COVER PUTIH	Ukuran F4, warna putih, kingco, satuan Pak
17	LEM KERTAS CAIR	Povinal 22 ml
18	MAP BINDER BESAR	Ukuran A3 Potrait, kapasitas tamping 7 cm
19	MAP DOCUMENT KEEPER	Ukuran F4, v-tec, 40 pockets

20	PAPER CLIPS NO.1	NO.3
21	PULPEN FASTER	Bolpoint tinta hitam, Faster, satuan PAK
22	PULPEN FASTER	Bolpoint tinta merah, Faster, satuan PAK
23	PULPEN FASTER	Bolpoint tinta biru, Faster, satuan PAK
24	SPIDOL HITAM PERMANEN	Spidol Permanent, Snowman white board, 1 dos isi 12 PCS
25	STABILO	Boss, Satuan Pak
26	STIKCY NOTES MEMO STICK (75X75 MM)	Ukuran 75 x 75 mm, satuan Pak
27	STIKER KERTAS LABEL NAMA	Kenjoy, Satuan Pcs
28	TINTA PRINT (HITAM) EPSON (003)	Tinta Epson 003 (warna hitam) Dry ink, Compatibel printer L3110, isi 65 ML/botol
29	Tinta Print (Hitam) Epson (664)	Tinta Epson 664 (warna hitam) Dry ink, Compatibel printer L121, isi 70 ML/botol
30	Tinta Print (Biru) Epson (664)	Tinta Epson 664 (warna biru) Dry ink, Compatibel printer L121, isi 70 ML/botol
31	Tinta Print (Merah) Epson (664)	Tinta Epson 664 (warna merah) Dry ink, Compatibel printer L121, isi 70 ML/botol
32	Tinta Print (Kuning) Epson (664)	Tinta Epson 664 (warna kuning) Dry ink, Compatibel printer L121, isi 70 ML/botol
33	TIPEX CAIR	Art line, satuan Pak
34	CETAK AMPLOP USG	Bahan Kertas Ivory atau art paper 260 gr full colour (laminasi glossy), Ukuran 35 cm x 23 cm, Warna
35	CETAK AMPLOP RADIOLOGI	Ukuran 270 x 375 mm, Bahan HVS Paper, Warna
36	CETAK RESEP OBAT	Bahan NCR 2 PLY, ukuran Folio dibagi tiga, 50 x 2 lembar per bundle, Warna
37	CETAK PENGANTAR RUJUKAN PASIEN	Bahan NCR 2 PLY, ukuran Folio, isi 50 x 2 lembar per bundle
38	CETAK PERSETUJUAN TINDAKAN DOKTER	Bahan HVS 70 gram 1 PLY, ukuran A4, 100 lembar per bundle
39	CETAK PENOLAKAN TINDAKAN DOKTER	Bahan HVS 70 gram 1 PLY, ukuran A4, 100 lembar per bundle
40	CETAK BLANGKO KWITANSI RAWAT JALAN	Bahan NCR 3 PLY, Ukuran 16 cm x 10 cm, isi 50 x 3 lembar per bundle
41	CETAK BLANGKO KWITANSI RAWAT INAP	Bahan NCR 3 PLY, Ukuran 28,5 cm x 10,2 cm, isi 50 x 3 lembar per bundle
42	CETAK RINGKASAN PASIEN PULANG	Bahan NCR 3 PLY, ukuran folio, isi 40 x 3 lembar
43	CETAK SURAT PENGANTAR PERMINTAAN DARAH	Bahan NCR 3 PLY, ukuran folio, isi 50 x 3 lembar
44	CETAK PENGANTAR RADIOLOGI	Bahan HVS 70 gr 1 PLY, ukuran folio dibagi dua, isi 100 lembar per bundle
45	CETAK PENGANTAR LABORATORIUM	Bahan HVS 70 gr 1 PLY, ukuran folio dibagi dua, isi 100 lembar per bundle
46	CETAK SURAT KETERANGAN KONTROL PASIEN RAWAT INAP	Bahan HVS 70 gr 1 PLY, ukuran A4 dibagi dua, isi 100 lembar (Bentuk landscape)

47	CETAK SURAT SAKIT	Bahan HVS 70 gr 1 PLY, ukuran A4 dibagi dua, isi 100 lembar (bentuk landscape)
48	CETAK LAPORAN OPERASI	Bahan NCR 2 PLY, ukuran folio, isi 50 x 3 lembar
49	CETAK BLANGKO COPY RESEP	Bahan NCR 2 PLY, ukuran Folio dibagi tiga, 50 x 2 lembar per bundle, Warna
50	CETAK MAP PASIEN ANGGOTA	Bahan Kertas Ivory atau art paper 260 gr full colour (laminasi glossy), Ukuran 35 cm x 23 cm, Warna Kuning
51	CETAK PEMERIKSAAN SPUTUM	Bahan HVS 70 gr 1 PLY, ukuran A4 dibagi dua, isi 100 lembar, (Bentuk landscape)

MODEL CETAK :

1. CETAK MAP USG

TAMPAK DEPAN

HARAP TIDAK DILIPAT

**RUMAH SAKIT BHAYANGKARA
LODEWIJK MANDATJAN
POLDA PAPUA BARAT**
 Jl. Trikora Maripi, Kelurahan Anday, Kecamatan Manokwari Selatan, Kabupaten Manokwari, Telp : 082197699567, Email : rsb.papubarat@gmail.com

LAFKI
TERAKREDITASI PARIPURNA

NOMOR :

NAMA :

UMUR/TGL. LAHIR :

TANGGAL PEMERIKSAAN :

JENIS PEMERIKSAAN :

DOKTER PENGIRIM :

POLI/RUANG/RS :

BILA KONTROL HARAP DIBAWA

TAMPAK BELAKANG



2. CETAK MAP RADIOLOGI



**RUMAH SAKIT BHAYANGKARA LODEWIJK MANDATJAN
POLDA PAPUA BARAT**

Jl. Trikora Maripi, Kelurahan Anday, Kecamatan Manokwari Selatan, Kabupaten
Manokwari, Telp : 082197699567, Email : rsb.papuasbarat@gmail.com





INSTALASI RADIOLOGI

NOMOR RM :
 NAMA :
 UMUR/TGL. LAHIR :
 TANGGAL PEMERIKSAAN :
 JENIS FOTO :
 DOKTER PENGIRIM :
 POLI/RUANG/RS :

BILA KONTROL HARAP DIBAWA DAN JANGAN DILIPAT

3. CETAK RESEP OBAT

 RUMAH SAKIT BHAYANGKARA "LODEWIJK MANDATJAN" POLDA PAPUA BARAT Jl. Trikora Maripi Km 21 Manokwari Papua Barat		
Untuk Pembiayaan : Umum/Relasi/BPJS No. RM : Nama Pasien : Tanggal Lahir : Jenis Kelamin : Tinggi Badan : Cm Berat Badan : Kg	Sumber Resep : IGD/ Poli / Ranap/..... Tanggal : Nama Dokter : Nomor Ijin Praktek : Status Dokter : DPJP/KONSULEN/TIM Riwayat Alergi : TIDAK/YA,sebutkan :	

R/

Tahap 1 : Pengkajian dan Klarifikasi	Tahap 2 : Penyajian	Tahap 3 : Dispensing	Tahap 4 : Penyerahan dan Informasi
Jam : Petugas :	Jam : Petugas :	Jam : Petugas :	Jam : Petugas :
PENGKAJIAN RESEP 1. Benar dan Jelas Penulisan Resep YA/TIDAK 2. Benar Obat YA/TIDAK 3. Benar Dosis YA/TIDAK 4. Benar waktu dan Frekuensi YA/TIDAK 5. Benar Rute YA/TIDAK 6. Benar Pasien YA/TIDAK 7. Tidak Ada duplikasi Terapi YA/TIDAK 8. Tidak Ada Interaksi Obat YA/TIDAK		KLARIFIKASI DAN KONFIRMASI (SBAR) (Situation, Background, Assesment, Recommendation) Tanggal : Jam : Apoteker :	

5. CETAK PERSETUJUAN TINDAKAN DOKTER

RM 2a / 01.2020

POLRI DAERAH PAPUA BARAT
 BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
 RS BHAYANGKARA POLDA PAPUA BARAT

Nama	:	L / P
Tgl Lahir	:	
No. RM	:	
Ruangan	:	

FORMULIR PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi informasi			
Penerima Informasi / pemberi persetujuan *			
	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (v)
1	Diagnosis (WD & DD)		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
5	Tata Cara		
6	Tujuan		
7	Risiko		
8	Komplikasi		
9	Prognosis		
10	Alternatif & Risiko		
	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 Petugas ()
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi 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 adalah wali atau keluarga terdekat			
PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
Yang bertandatangan di bawah 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.....No. RM:.....			
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul. Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.			
Manokwari,.....Jam: Yang menyatakan *		Saksi	Petugas
()	()	()	()

6. CETAK PENOLAKAN TINDAKAN DOKTER

RM 2b / 01.2020



POLRI DAERAH PAPUA BARAT
 BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
 RS BHAYANGKARA POLDA PAPUA BARAT

Nama	:	L / P
Tgl Lahir	:	
No. RM	:	
Ruangan	:	

FORMULIR PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN

PEMBERIAN INFORMASI			
Dokter Pelaksana Tindakan			
Pemberi informasi			
Penerima Informasi / pemberi persetujuan *			
	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (v)
1	Diagnosis (WD & DD)		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi Tindakan		
5	Tata Cara		
6	Tujuan		
7	Risiko		
8	Komplikasi		
9	Prognosis		
10	Alternatif & Risiko		
	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 Petugas ()
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi 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 adalah wali atau keluarga terdekat			
PENOLAKAN TINDAKAN KEDOKTERAN			
Yang bertandatangan di bawah ini, saya , nama....., umur.....tahun, laki-laki/ perempuan*, alamat....., dengan ini menyatakan PENOLAKAN untuk dilakukannya tindakan terhadap saya /.....saya* bernama....., umur.....tahun, laki-laki / perempuan*, alamat.....No. RM:.....			
Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul apabila tindakan tersebut tidak dilakukan. Saya bertanggungjawab secara penuh atas segala akibat yang mungkin timbul sebagai akibat tidak dilakukannya tindakan kedokteran tersebut.			
Manokwari,.....Jam:.....			
Yang menyatakan *		Saksi	Petugas
()		()	()

7. CETAK KWITANSI RAWAT JALAN

	RUMAH SAKIT BHAYANGKARA "LODEWIJK MANDATJAN" PAPUA BARAT Jl. Trikora Maripl, Manokwari Papua Barat	
BUKTI PEMBAYARAN		
Nama :	No RM :	
Tgl Lhr :	Ruangan :	
Alamat :		
1. Administrasi Rekam Medik		=Rp.....
2. Jasa Konsultasi		
a. dr.		=Rp.....
b. dr.		=Rp.....
3. Jasa Perawat/Bidan		=Rp.....
4. Tindakan		
a. Injeksi		=Rp.....
b. Rawat Luka		=Rp.....
c. Infus		=Rp.....
d. Jahit Luka		=Rp.....
e. Lepas Jahitan		=Rp.....
f. EKG		=Rp.....
g. ...		=Rp.....
h. ...		=Rp.....
i. ...		=Rp.....
5. Laboratorium		=Rp.....
6. Obat Farmasi		=Rp.....
7. Radiologi		
a. Rontgen		=Rp.....
b. USG		=Rp.....
8. Lainnya		
a. Oksigen		=Rp.....
b. ...		=Rp.....
c. ...		=Rp.....
d. ...		=Rp.....
TOTAL BIAYA		= RP.....
Manokwari,.....		
PASIEN/PENANGGUNG JAWAB		KASIR

CS Dipindai dengan CamScanner

8. CETAK KWITANSI RAWAT INAP



**RUMAH SAKIT BHAYANGKARA
"LODEWIJK MANDATJAN"
PAPUA BARAT**
Jl. Trikora Maripl, Manokwari Papua Baral



BUKTI PEMBAYARAN RAWAT INAP A/U/L/B

Nama	:	.....	No. Register	:	.....
Umur	:	.....	Ruang/Pav	:	.....
Alamat	:	.....	Kelas	:	.....
I. Rawat Inap Tgl. ....s/d Tgl.					
1.	Ruang.....hari x Rp.	=Rp.			
2.	Ruang.....hari x Rp.	=Rp.			
II. Penunjang Medik					
1.	Laboratorium (terlampir)	=Rp.			
2.	Radiologi (terlampir)	=Rp.			
3.	..... (terlampir)	=Rp.			
III. Tindakan Medis & Terapi					
A. Biaya Sewa Kamar					
1.	Kamar Operasi	=Rp.			
2.	Alat	=Rp.			
3.	Kamar Bersalin	=Rp.			
B. Biaya Jasa Medik / Perawat / Bidan					
1.	Jasa ....kali x Rp.	=Rp.			
2.	Tindakan	=Rp.			
a.	Infus	=Rp.			
b.	Aff Infus	=Rp.			
c.	Injeksi	=Rp.			
d.	Skintets	=Rp.			
e.	Partus (Bidan)	=Rp.			
f.	EKG	=Rp.			
g.	Nebulizer	=Rp.			
h.	.....	=Rp.			
i.	.....	=Rp.			
j.	.....	=Rp.			
3.	Asisten Operasi	=Rp.			
C. Biaya Material Kesehatan					
1.	Operasi	=Rp.			
2.	Bersalin	=Rp.			
3.	Anastesi	=Rp.			
4.	.....	=Rp.			
IV. Konsul Visite					
1.	dr. ....hari x Rp.	=Rp.			
2.	dr. ....hari x Rp.	=Rp.			
3.	dr. ....hari x Rp.	=Rp.			
4.	dr. ....hari x Rp.	=Rp.			
V. Biaya Obat					
1.	Obat Apotik	=Rp.			
2.	.....	=Rp.			
VI. Fisioterapi					
VII. Sewa Mobil Ambulance					
Sewa Mobil Jenazah					
VIII. Pelayanan Jenazah					
IX. Administrasi					
1.	Medical Record	=Rp.			
2.	Ruangan	=Rp.			
3.	Makan Pasien	=Rp.			
X. Lainnya					
a.	Pemasangan O2	=Rp.			
b.	.....	=Rp.			
c.	.....	=Rp.			
TOTAL BIAYA					=Rp.
PASIHEN / PENANGGUNG JAWAB					BENDAHARA

9. CETAK RINGKASAN PASIEN PULANG

RM RI 23/01.2020

POLRI DAERAH PAPUA BARAT
 BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
 RS. BHAYANGKARA POLDA PAPUA BARAT

Nama	:	
No. RM	:	
Tgl Lahir	:	
Sex	:	Laki – laki / Perempuan *

RINGKASAN PASIEN PULANG

Tanggal Masuk :	Jam:	WIT	Tanggal Keluar :	Jam:	WIT				
Ruang Perawatan Terakhir			Kelas:	Lama Rawat :	Hari				
STATUS PEMBAYARAN	<input type="checkbox"/> Umum <input type="checkbox"/> BPJS <input type="checkbox"/> Asuransi :.....								
INDIKASI MRS	<input type="checkbox"/> Perbaikan KU <input type="checkbox"/> Persiapan Diagnostik <input type="checkbox"/> Operasi <input type="checkbox"/> Lainnya.....								
RINGKASAN RIWAYAT PENYAKIT									
PEMERIKSAAN FISIK									
HASIL PEMERIKSAAN PENUNJANG									
DIAGNOSIS UTAMA			ICD-10 :						
DIAGNOSIS SEKUNDER	1.			ICD-10 :					
	2.			ICD-10 :					
	3.			ICD-10 :					
	4.			ICD-10 :					
TINDAKAN DIAGNOSTIK DAN PROSEDUR TERAPI	1.			ICD 9 CM :					
	2.			ICD 9 CM :					
	3.			ICD 9 CM :					
RIWAYAT PENGOBATAN DI RS:									
HASIL KONSULTASI:									
ALERGI / REAKSI OBAT	<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, sebutkan: _____ Jenis reaksi:.....								
ALASAN KELUAR RS	<input type="checkbox"/> Sesuai indikasi pulang <input type="checkbox"/> lainnya:.....								
KONDISI WAKTU KELUAR RS	<input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Perbaikan <input type="checkbox"/> Pulang APS <input type="checkbox"/> Dirujuk <input type="checkbox"/> Meninggal <input type="checkbox"/> Lainnya:								
INSTRUKSI TINDAK LANJUT	Edukasi :								
	Diet :								
	Rencana lain:								
PENGOBATAN LANJUTAN	<input type="checkbox"/> Poliklinik..... <input type="checkbox"/> RS lain <input type="checkbox"/> Puskesmas <input type="checkbox"/> Dokter Keluarga <input type="checkbox"/> Lainnya.....								
TANGGAL KONTROL									
HASIL PEMERIKSAAN YANG DISERAHKAN KE PASIEN									
<input type="checkbox"/> Laboratorium <input type="checkbox"/> Rontgen <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> Lainnya:.....									
TERAPI PULANG									
Nama Obat	Jumlah	Dosis	Frek	Rute	Nama Obat	Jumlah	Dosis	Frek	Rute
1.					5.				
2.					6.				
3.					7.				
4.					8.				

Pasien / Keluarga

Manokwari.....Jam.....

DPJP

(.....)

(.....)

11. CETAK PENGANTAR RADIOLOGI

POLRI DAERAH PAPUA BARAT
 BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
 RS. BHAYANGKARA POLDA PAPUA BARAT

FORMULIR PERMINTAAN PEMERIKSAAN RADIOLOGI

Nama : Status Pasien : Polri/ Keluarga/ Umum/ lainnya.....*
 Tgl Lahir : L / P Dokter pengirim :
 No. RM : Diagnosa klinis :
 Alamat : Ruangan :

NO	JENIS	√	NO	JENIS	√	NO	JENIS	√	NO	JENIS	√
1	THORAX		7	MANUS		13	KNEE JOINT		23	SHOULDER JOINT	
	AP			Dexta			Dextra			Dextra	
	PA			Sinistra			Sinistra			Sinistra	
	Lateral		8	WRIST JOINT		14	FEMUR		24	CLAVICULA	
2	BNO AP			Dextra			Dextra			Dextra	
3	PELVIS AP			Sinistra			Sinistra			Sinistra	
4	CERVICAL		9	ANTEBRACHII		15	CRANIUM		25	ANGKLE JOINT	
	AP			Dextra			Dextra			Dextra	
	Lateral			Sinistra			Sinistra			Sinistra	
	Oblique		10	ELBOW JOINT		16	ABDOMEN 3 POSISI				
5	LUMBOSAKRAL			Dextra		17	WATERS				
	AP			Sinistra		18	CADWELL				
	Lateral		11	PEDIS		19	MASTOID				
	Oblique			Dextra		20	BONE SURVEY				
6	THORACAL			Sinistra		21	MANDIBULA				
	AP		12	CRURIS		22	HUMERUS				
	Lateral			Dextra			Dextra				
	Oblique			Sinistra			Sinistra				

Manokwari,.....
 Pengirim

CS Dipindai dengan CamScanner

()

12. CETAK PENGANTAR LABORATORIUM

POLRI DAERAH PAPUA BARAT
 BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
 RS. BHAYANGKARA POLDA PAPUA BARAT

FORMULIR PERMINTAAN LABORATORIUM

Nama : Status Pasien : Polri/ Keluarga/ Umum/ lainnya.....*
 Tgl Lahir : L / P Dokter pengirim :
 No. RM : Diagnosa :
 Alamat : Ruangan :

NO	JENIS	√	NO	JENIS	√	NO	JENIS	√
1	Darah Lengkap		12	FUNGSI HATI		15	Narkoba	
2	Urin Rutin			SGOT		16	Lainnya:	
3	PP Test			SGPT				
4	Leukosit			Bilirubin Total				
5	DDR			Bilirubin Direk				
6	Golongan darah			Bilirubin Indirek				
7	Widal			Protein Total				
8	Feses			Albumin				
9	Elektrolit		13	PROFIL LEMAK				
10	PROFIL GULA DARAH			Kolesterol total				
	Gula darah puasa			HDL				
	GD2 PP			LDL				
	Gula darah Sewaktu			Trigliserida				
11	FUNGSI GINJAL		14	SEROLOGI				
	Ureum			Anti HIV				
	Creatinin			Sifilis				
	Asam urat			HbsAg				

Manokwari,.....
 Pengirim

CS Dipindai dengan CamScanner

()

13. CETAK SURAT KETERANGAN KONTROL PASIEN RAWAT INAP



POLRI DAERAH PAPUA BARAT
BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
RS BHAYANGKARA POLDA PAPUA BARAT

KARTU KONTROL PASIEN RAWAT INAP

Nama :
Umur :
Tanggal Masuk :
Tanggal Keluar :
Diagnosa :
Terapi :
Kontrol Kembali tanggal :

Manokwari.....

Dokter yang merawat

dr.....
NO SIP:

14. CETAK SURAT SAKIT

POLRI DAERAH PAPUA BARAT
BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
RS BHAYANGKARA POLDA PAPUA BARAT



SURAT KETERANGAN SAKIT
NOMOR : SS / / / 20 / Rumkit

Yang bertanda tangan dibawah ini :
Dokter pada Rumah Sakit Bhayangkara Polda Papua Barat, menerangkan bahwa pasien dibawah:

Nama :
Tempat / Tanggal Lahir :
Pangkat / NRP :
Jabatan :
Alamat :
Diagnosa :

Perlu diberikan istirahat selama(.....) hari, terhitung sejak tanggal.....s/d tanggal
.....Demikian Surat Keterangan ini dibuat dengan sebenar-benarnya untuk dapat
digunakan seperlunya.

Manokwari, 20
DOKTER PEMERIKSA



15. CETAK LAPORAN PASIEN

POLRI DAERAH PAPUA BARAT
 BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
RS. BHAYANGKARA POLDA PAPUA BARAT

LAPORAN OPERASI

LAPORAN OPERASI	NAMA :	ASAL RUANGAN :
	TGL LAHIR :	NO RM :
Nama Ahli Bedah :	Nama Asisten I :	Nama Asisten II :
Nama Ahli Anestesi :	Jenis Anestesi :	
Diagnosa pre-operatif		
Diagnosa post operatif		
Nama/Macam Operasi :	Penggolongan Pembedahan/Tindakan :	
	<input type="checkbox"/> Khusus <input type="checkbox"/> Besar <input type="checkbox"/> Sedang <input type="checkbox"/> Kecil <input type="checkbox"/> Elektive <input type="checkbox"/> Emergency	
Jaringan yang di eksisi / insisi	Dikirim untuk pemeriksaan PA <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Operasi	Tanggal	Mulai pukul : Selesai pukul :
LAPORAN OPERASI : Jika perlu dapat dilanjutkan di halaman berikutnya.		
Dokter Ahli Bedah Tanda Tangan dan Nama Terang		

16. CETAK BLANKO COPY RESEP

 INTALASI FARMASI RUMAH SAKIT BHAYANGKARA POLDA PAPUA BARAT <i>Jl. Trikora Maripi, Manokwari, Papua Barat</i> <i>Hotline : 081-344-354-012</i> 		
COPY RESEP		
Dari Dokter :	Tgl	Copy
No Resep :	Resep:.....	
Tgl Resep Asli :		
Nama Pasien :		
Umur / BB :		
Alamat :		
R/		
PCC		

17. CETAK MAP PASIEN KUNING

TAMPAK DEPAN

TAMPAK BELAKANG



18. CETAK PEMERIKSAAN SPUTUM

POLRI DAERAH PAPUA BARAT
BIDANG KEDOKTERAN DAN KESEHATAN
RS BHAYANGKARA POLDA PAPUA BARAT

FORM PEMERIKSAAN SPUTUM

NAMA :
TTL :
PANGKAT/NRP :
JABATAN :
ALAMAT :
NO REKAM MEDIK :
NO KTP :
NO BPJS :
NAMA IBU KANDUNG :
NAMA PENDAMPING/WALI :
NO HP PASIEN :
NO HP PENDAMPING :
HASIL PEMERIKSAAN HIV & GDS :

Manokwari, Mei 2024
KABIDOKKES POLDA PAPUA BARAT

Selaku
PEJABAT PEMBUAT KOMITMEN



DIP. ISKANDAR, Sp.B
KOMSARIS BESAR POLISI NRP 71060490