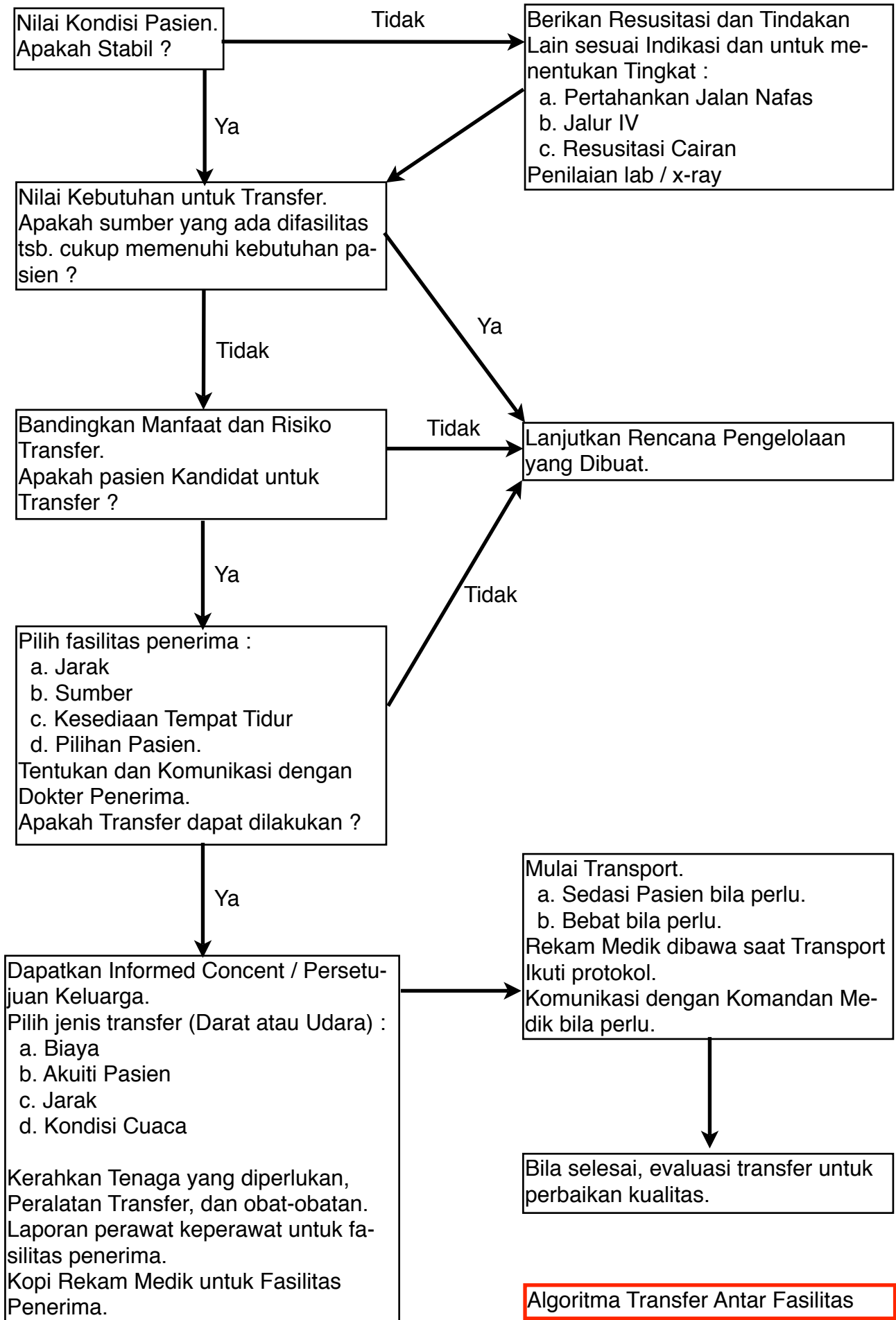


SPGDT-S : Transport Antar Rumah Sakit



SPGDT-S : Transport Antar Rumah Sakit

Tabel 1. **Peralatan minimum yang dibutuhkan untuk transport.**

Airway management/oxygenation—adult and pediatric
Adult and pediatric bag-valve systems with oxygen reservoir
Adult and pediatric masks for bag-valve system (multiple sizes as appropriate)
Flexible adaptors to connect bag-valve system to endotracheal/tracheostomy tube
End-tidal carbon dioxide monitors (pediatric and adult)
Infant medium- and high-concentration masks with tubing
MacIntosh laryngoscope blades (#1, #2, #3, #4)
Miller laryngoscope blades (#0, #1, #2)
Endotracheal tube stylets (adult and pediatric)
Magil forceps (adult and pediatric)
Booted hemostat
Cuffed endotracheal tubes (5.0, 5.5, 6.0, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0)
Uncuffed endotracheal tubes (2.5, 3.0, 3.5, 4.0, 4.5, 5.0)
Laryngoscope handles (adult and pediatric)
Extra laryngoscope batteries and light bulbs
Nasopharyngeal airways (#26, #30)
Oral airways (#0, #1, #2, #3, #4)
Scalpel with blade for cricothyroidotomy
Needle cricothyroidotomy kit
Water-soluble lubricant
Nasal cannulas (adult and pediatric)
Oxygen tubing
PEEP valve (adjustable)

Adhesive tape
Aerosol medication delivery system (nebulizer)
Alcohol swabs
Arm boards (adult and pediatric)
Arterial line tubing
Bone marrow needle (for pediatric infusion)
Blood pressure cuffs (neonatal, infant, child, adult large and small)
Butterfly needles (23-gauge, 25-gauge)
Communications backup (e.g., cellular telephone)
Defibrillator electrolyte pads or jelly
Dextrostix
ECG monitor/defibrillator (preferably with pressure transducer capabilities)
ECG electrodes (infant, pediatric, adult)
Flashlights with extra batteries
Heimlich valve
Infusion pumps
Intravenous fluid administration tubing (adult and pediatric)
Y-blood administration tubing
Extension tubing
Three-way stopcocks
Intravenous catheters, sizes 14- to 24-gauge
Intravenous solutions (plastic bags)
1000 mL, 500 mL of normal saline
1000 mL of Ringers lactate
250 mL of 5% dextrose
Irrigating syringe (60 mL), catheter tip
Kelley clamp
Hypodermic needles, assorted sizes
Hypodermic syringes, assorted sizes
Normal saline for irrigation
Pressure bags for fluid administration
Pulse oximeter with multiple site adhesive or reusable sensors
Salem sump nasogastric tubes, assorted sizes
Soft restraints for upper and lower extremities
Stethoscope
Suction apparatus
Suction catheters (#5, #8, #10, #14, tonsil)
Surgical dressings (sponges, Kling, Kerlix)
Tourniquets for venipuncture/IV access
Trauma scissors
The following are considered as needed
Transcutaneous pacemaker
Neonatal/pediatric isolette
Spinal immobilization device
Transport ventilator
(PEEP, positive end-expiratory pressure; ECG, electrocardiogram; IV, intravenous).

SPGDT-S : Transport Antar Rumah Sakit

Tabel 2. **Obat-obatan minimum yang dibutuhkan untuk transport.**

Adenosine, 6 mg/2 mL
Albuterol, 2.5 mg/2 mL
Amiodarone, 150 mg/3 mL
Atropine, 1 mg/10 mL
Calcium chloride, 1 g/10 mL
Cetacaine/Hurricane spray
Dextrose 25%, 10 mL
Dextrose 50%, 50 mL
Digoxin, 0.5 mg/2 mL
Diltiazem, 25 mg/5 mL
Diphenhydramine, 50 mg/1 mL
Dopamine, 200 mg/5 mL
Epinephrine, 1 mg/10 mL (1:10,000)
Epinephrine, 1 mg/1 mL (1:1000) multiple-dose vial
Fosphenytoin, 750 mg/10 mL (500 PE mg/10 mL)
Furosemide, 100 mg/10 mL
Glucagon, 1 mg vial (powder)
Heparin, 1000 units/1 mL
Isoproterenol, 1 mg/5 mL
Labetalol, 40 mg/8 mL
Lidocaine, 100 mg/10 mL
Lidocaine, 2 g/10 mL
Mannitol, 50 g/50 mL
Magnesium sulfate, 1 g/2 mL
Methylprednisolone, 125 mg/2 mL
Metoprolol, 5 mg/5 mL
Naloxone, 2 mg/2 mL
Nitroglycerin injection, 50 mg/10 mL
Nitroglycerin tablets, 0.4 mg (bottle)
Nitroprusside, 50 mg/2 mL
Normal saline, 30 mL for injection
Phenobarbital, 65 mg/mL or 130 mg/mL
Potassium chloride, 20 mEq/10 mL
Procainamide, 1000 mg/10 mL
Sodium bicarbonate, 5 mEq/10 mL
Sodium bicarbonate, 50 mEq/50 mL
Sterile water, 30 mL for injection
Terbutaline, 1 mg/1 mL
Verapamil, 5 mg/2 mL

The following specialized/controlled medications are added immediately before transport as indicated

- Narcotic analgesics (e.g., morphine, fentanyl)
- Sedatives/hypnotics (e.g., lorazepam, midazolam, propofol, etomidate, ketamine)
- Neuromuscular blocking agents (e.g. succinylcholine, pancuronium, atracurium, rocuronium)
- Prostaglandin E1
- Pulmonary surfactant

SPGDT-S : Transport Antar Rumah Sakit

Transport Intra dan Antar RS tunduk pada peraturan yang berlaku. Namun Patient safety saat transport akan lebih meningkat bila disertai pemantapan proses yang efisien dan terorganisir serta didukung oleh peralatan dan petugas yang memadai.

Outcome pasien sangat tergantung pada teknologi dan kemampuan petugas yang tersedia pada tiap fasilitas kesehatan.

Ketika pelayanan dibutuhkan melebihi sumber yang tersedia, idealnya pasien ditransfer kefasilitas yang memiliki sumber yang dibutuhkan.

Transfer pasien Antar RS dilakukan bila manfaat bagi pasien melebihi risiko transfer.

Keputusan untuk transfer pasien adalah tanggung-jawab dokter pengirim pada fasilitas yang merujuk.

Sekali keputusan dibuat, transfer dilakukan sesegera mungkin.

Bila dibutuhkan, mulai dengan resusitasi dan stabilisasi sebelum transfer, walau menyadari bahwa stabilisasi lengkap hanya mungkin difasilitasi tujuan.

Petugas perlu mengingat Peraturan Pemerintah terkait transfer pasien antar RS termasuk SPGDT Nasional, baik tentang pengirim maupun penerima pasien.

Informed consent harus dibuat sebelum transfer oleh pasien yang kompeten atau wali / penanggung-jawab pasien.

Informed consent mencakup diskusi atas manfaat dan risiko transfer dan didokumentasikan pada Rekam Medik sebelum transfer. Ditanda-tangani.

Bila proses *informed consent* tidak mungkin, pada gadar ancaman jiwa, indikasi transfer dan alasan tidak mendapatkan *informed consent* didokumentasikan pada Rekam Medik.

Dokter pengirim harus menulis perintah transfer pada Rekam Medik.

Berbagai hal yang tercakup dalam proses transfer Antar RS semuanya diatur oleh SOP minimal seperti dibawah. Perlu diingat bahwa elemen proses tsb. sering, walau karena terpaksa, dilaksanakan bersamaan, terutama ketika diperlukan stabilisasi dan tindakan sebelum transfer. Algoritma tsb. untuk membimbing pengirim dalam proses transfer.

Koordinasi dan Komunikasi Pra-transport.

Dokter pengirim menentukan dan menghubungi dokter penerima pada RS tujuan untuk menerima pasien dan memastikan sebelum mengirim bahwa sumber yang lebih memadai tersedia.

Dokter penerima diberikan keterangan lengkap keadaan pasien. Pada saat tsb, anjuran dapat dimintakan terkait tindakan dan stabilisasi sebelum transport.

SPGDT-S : Transport Antar Rumah Sakit

Kelayakan pemindahan pasien dari / ke rawat inap (ICU - UGD) pada RS penerima harus diketahui benar. Bila dokter tidak menyertai pasien saat transport, dokter yang merujuk dan menerima harus memastikan ada dokter pemberi komando bagi tim transport yang bertanggung-jawab atas tindakan medis dikala transport. Ia juga mungkin layak untuk menerima Laporan Medik sebelum tim berangkat.

Dalam keadaan tertentu, bila RS penerima mengirimkan tim transport, dokter penerima mungkin menentukan jenis transport. Namun jenis transport, darat atau udara, biasanya ditentukan dokter pengirim dengan berkonsultasi dengan dokter penerima berdasar urgensi kondisi medis pasien (stabilitas pasien), perkiraan penyingkatan waktu dengan transport udara, cuaca, intervensi medis yang diperlukan untuk dukungan hidup saat transport, dan ketersediaan tenaga dan alat.

Penyedia ambulans lalu dihubungi untuk memastikan kemampuannya, untuk menyiapkan perkiraan kebutuhan pasien saat transport, dan koordinasi waktu keberangkatan.

Laporan antar perawat diberikan oleh fasilitas pengirim pada unit perawat yang terkait di RS penerima. Pilihan lain, laporan dapat diberikan oleh anggota tim transport pada saat kedatangan.

Kopi Rekam Medik, termasuk resume tindakan pada pasien dan semua pemeriksaan laboratorium dan radiografik, dilampirkan bersama pasien. Penyiapan Rekam Medik tidak boleh memperlambat transport pasien karena dapat dikirim terpisah melalui kurir atau faksimili dll, ketika dan bila urgensi transfer merubah keputusan sebelumnya. Pada keadaan ini, informasi paling kritis dikomunikasikan secara verbal. Sangat dianjurkan bahwa kebijaksanaan ditentukan oleh masing-masing institusi dengan memperhatikan isi dokumentasi dan komunikasi antara petugas yang bertugas saat transfer.

Petugas yang Terkait.

Dianjurkan minimal dua petugas disamping operator ambulans bertugas saat transport pasien sakit kritis antar RS. Bila mentransport pasien tidak stabil, ketua tim transport harus dokter atau nurse, terbaik yang sudah pelatihan kedokteran transport. Untuk pasien kritis yang stabil, ketua tim boleh paramedik.

Petugas tsb. memiliki kemampuan esensial dalam pengelolaan jalan nafas lanjut, terapi intravena, interpretasi dan tindakan disritmia, serta bantuan hidup kardiak dasar dan lanjut. Bekerja sesuai SOP AGD sambil tetap meminta persetujuan Koordinator Medik.

Bila tidak ada dokter dalam tim dan tindakan diluar SOP, laksanakan mekanisme lain yaitu tim transport harus berkomunikasi dengan dokter komando di Pusat Rujukan.

Bila komunikasi jenis ini tidak mungkin, tim harus memiliki wewenang yang diberikan oleh pimpinan untuk melakukan intervensi penyelamat hidup akut.

Bila tidak ada tim transport eksternal yang siap, tim transport dan ambulans harus disediakan secara lokal oleh masing-masing instansi.

SPGDT-S : Transport Antar Rumah Sakit

Pengembangan kebijakan dan prosedur untuk setiap kegawatan harus dibuat.

Kebutuhan Peralatan Minimum.

Tabel 1 dan 2 menunjukkan rincian peralatan dan obat minimum yang dianjurkan bagi transport antar RS yang aman.

Penekanan terutama pada jalan nafas dan oksigenasi, monitoring tanda-tanda vital dan obat-obat yang perlu untuk resusitasi dan stabilisasi darurat serta untuk mempertahankan fungsi vital.

Transportasi yang sangat singkat atau sangat panjang mengharuskan perubahan dari item yang terlampir tergantung pada berat dan jenis kelainan atau cedera.

Peningkatan pengetahuan setiap saat mengharuskan peninjauan periodik serta modifikasi daftar tsb. Semua item diperiksa berkala akan kedaluwarsaan sterilitas dan / atau potensi, terutama bila transport jarang dilakukan.

Fungsi alat diperiksa berdasar jadwal, tidak saat waktu transport dimana tidak cukup waktu untuk penggantian.

Monitoring Saat Transport.

Semua pasien kritis yang akan ditransport Antar RS minimal harus mendapatkan oksimetri pulsa kontinu, monitor elektrokardiografik, dan pemeriksaan berkala tekanan darah dan frekuensi pernafasan.

Pasien tertentu berdasar status klinis mungkin diuntungkan dengan monitoring tekanan darah intra-arterial, tekanan vena sentral, tekanan arteria pulmoner, tekanan intrakranial, dan / atau kapnografi.

Pasien dengan ventilator mekanik, posisi pipa endotrakheal dipastikan dan diamankan sebelum transport, dan kecukupan oksigenasi dan ventilasi dipastikan lagi.

Terkadang pasien membutuhkan moda ventilasi khusus yang tidak didapat pada kondisi transport. Pada keadaan ini moda ventilasi mekanik pengganti dinilai lagi sebelum transport untuk memastikan kesesuaiannya serta stabilitas pasien dengan cara ini. Bila pasien tidak dapat mempertahankan keamanan terapi ventilator pengganti, risiko dan manfaat transport dinilai ulang secara teliti.

Kondisi pasien serta pengelolaan selama transport dicatat dan dilampirkan pada Rekam Medik pasien pada fasilitas pengirim. Kopinya diberikan pada institusi penerima.

Menyiapkan Pasien untuk Transport Antar RS

Tidak ada bukti yang mendukung pendekatan '*scoop and run*' pada transport Antar RS untuk pasien sakit kritis. Karenanya fasilitas perujuk sebelum transport harus mulai menilai

SPGDT-S : Transport Antar Rumah Sakit

dan menstabilkan secara layak hingga derajat memungkinkan untuk memastikan pasien aman selama transport.

Keterlambatan yang tidak perlu mungkin terjadi bila tim transport harus melakukan prosedur panjang atau kompleks untuk menstabilkan pasien sebelum transfer.

Pemeriksaan dan tindakan yang tidak esensial akan memperlambat transfer dan harus dicegah. Informasi dan rekomendasi tentang aspek perawatan pasien ini umumnya bisa diminta dari dokter penerima saat kontak awal dengan fasilitas penerima.

Semua pasien sakit kritis memerlukan akses intravena yang aman sebelum transport. Bila jalur vena perifer tidak bisa, pastikan jalur vena sentral.

Bila perlu, resusitasi cairan dan pemberian inotropik dimulai, dengan semua cairan intravena dan obat dipertahankan dalam kontainer plastik, bukan kaca.

Pasien tidak boleh ditransport sebelum stabilisasi jalan nafas bila diperkirakan kemungkinan intervensi jalan nafas diperlukan diperjalanan, karena lebih sulit dilakukan pada kendaraan yang bergerak.

Jalan nafas harus dinilai dan diamankan sebelum transport, sesuai indikasi dengan ETT atau trakheostomi.

Jalan nafas masker laring (*LMA*) bukan cara pengelolaan jalan nafas yang dianjurkan bagi pasien sakit kritis yang ditransport.

Bagi korban trauma, immobilisasi spinal dipertahankan selama transport kecuali sudah dipastikan tidak ada cedera spinal yang jelas.

Pipa nasogastrik dipasang pada pasien ileus atau obstruksi intestinal dan pada yang memakai ventilasi mekanik.

Kateter Foley dipasang pada pasien yang butuh pengelolaan cairan tepat, transport jarak jauh dan lama, dan pasien yang dapat diuretik.

Dekompresi dada dengan pipa dada dilakukan sebelum transport bila diindikasikan. Katup Heimlich atau sistem drainase dada vakum dilakukan untuk mempertahankan dekompresi.

Bebat lembut pergelangan atau / dan tungkai dipasang bila agitasi akan mempengaruhi keamanan pasien atau tim transport, terutama transport udara.

Bila pasien mengamuk atau tidak kooperatif, berikan sedatif dan / atau obat penghambat neuromuskuler. Obat penghambat neuromuskuler tidak boleh digunakan tanpa sedatif dan anestesia.

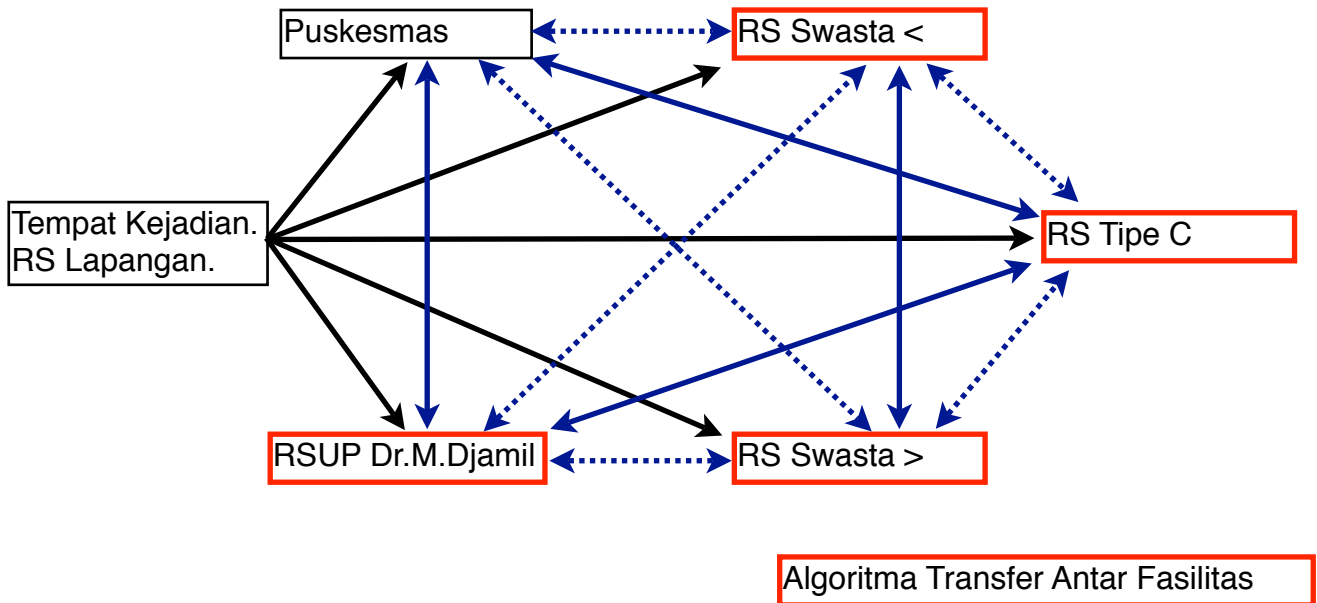
Rekam Medik Pasien serta pemeriksaan laboratorium dan radiografik terkait dikopi untuk fasilitas penerima.

Cek-lis harus digunakan untuk memastikan kesesuaian dengan peraturan yang berlaku dalam hal transfer pasien. Item pada cek-lis termasuk dokumentasi evaluasi medis inisial dan stabilisasi hingga derajat yang mungkin, *informed consent* terkait manfaat dan risiko

SPGDT-S : Transport Antar Rumah Sakit

transfer, indikasi medis transfer, dan komunikasi dokter - dokter dengan nama dokter penerima dan RS penerima.

Jejaring Rujukan Antar Fasilitas Kesehatan



Jejaring rujukan antar RS dibuat berdasar kemampuan RS dalam memberikan pelayanan, baik dari segi kuantitas kemampuan menerima pasien maupun kualitas pelayanan yang dihubungkan dengan kemampuan SDM dan kesediaan fasilitas medis maupun perkembangan teknologi.

Evakuasi adalah transportasi yang terutama ditujukan dari RS lapangan menuju RS rujukan atau transportasi antar RS dikarenakan adanya bencana yang terjadi pada satu RS dimana pasien harus dievakuasikan ke RS lain.

Manajemen Sistem Informasi, SIM, diperlukan pada suatu RS yang menghadapi kompleksitas permasalahan dalam pelayanan. Diperlukan pula dalam audit pelayanan dan hubungannya dengan sistem penunjang termasuk manajemen keuangan.

Koordinasi dalam pelayanan terutama pelayanan rujukan diperlukan pemberian informasi keadaan pasien dan pelayanan yang dibutuhkan sebelum pasien ditransportasikan ke RS tujuan.

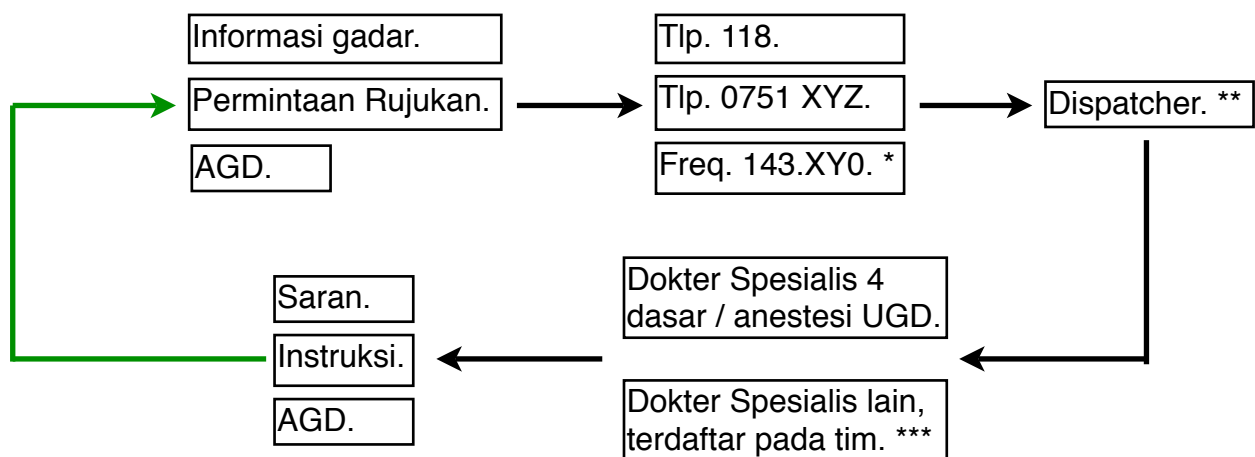
Rekam Medik Pasien

Fasilitas perujuk mengirim informasi medis dan lain-lain yang penting yang diperlukan untuk kelanjutan tindakan bagi pasien tanpa terputus, termasuk ringkasan tata laksana bersama dengan informasi identitas dan administratif penting bersama pasien saat transport. Informasi yang terlampir bersama pasien mencakup:

SPGDT-S : Transport Antar Rumah Sakit

- Kopi persetujuan transfer yang ditandatangani.
- Kesan diagnostik inisial, diagnosis.
- Nama, alamat, usia, berat pasien.
- Nama, alamat dan nomor telepon keluarga terdekat.
- Riwayat cedera atau sakit.
- Kondisi saat masuk.
- Tanda-tanda vital, termasuk GCS Pra RS, saat di UGD dan saat berangkat untuk transfer.
- Temuan laboratorium dan x-ray, spesimen laboratorium yang terkait, dan kopi semua film x-ray.
- Cairan, jelaskan jenis, volume dan waktu pemberian.
- Nama, alamat dan nomor telepon dokter perujuk pasien.
- Nama dokter di RS rujukan yang telah dihubungi terkait pasien ybs.
- Nama, alamat dan nomor telepon asuransi ybs. atau kartu asuransi ybs.
- Orang yang mendampingi pasien.

Informasi yang tidak tersedia saat transfer harus diberikan pada RS rujukan pada saat dan cara yang sesuai.



Algoritma Arus Informasi

* Frekuensi sesuai izin Kemenkominfo.

** Sementara dilaksanakan oleh Dokter atau Perawat Triase UGD.

*** Tanggapan diberikan langsung atau melalui dispatcher sesuai keadaan.

Penutup

Penanganan Penderita Gawat Darurat (PPGD) dapat terlaksana dengan baik bila Sistem Penanggulangan Gawat Darurat Terpadu (SPGDT) yang meliputi palayanan gawat darurat Pra RS sampai RS dan Antar RS telah terbentuk.

Komponen-komponen pentilg dalam SPGDT :

Komponen Pra RS, komponen RS dan komponen Antar RS.

Komponen Penunjang : Komunikasi dan Transportasi.

SPGDT-S : Transport Antar Rumah Sakit

Komponen SDM : Petugas Kesehatan (dokter, perawat) dan Non Kesehatan (awam umum, awam khusus, polisi, PMK, PMI).

Komponen sektor-sektor terkait (sektor kesehatan dan non kesehatan).

SPGDT terbentuk bila ada komitmen dari semua unsur-unsur yang terlibat baik lintas sektor terkait maupun lintas program serta dukungan penuh dari masyarakat dan profesi-profesi terkait.

Dengan terbentuknya SPGDT sebagai salah satu unsur penting pada Gerakan Masyarakat Sehat dan Aman (Save Community) diharapkan dapat meminimalkan angka kematian dan kecacadan yang tidak perlu.

Landasan Hukum

1. UU No. 23 tahun 1992 tentang Kesehatan.
2. PP No. 32 tahun 1992 tentang Tenaga Kesehatan.
3. Kepmenkes dan Kessos RI No. 143 tentang Standarisasi Kendaraan Pelayanan Medik.
4. Kepmenkes RI No. 1277/Menkes/SK/XI/2001 tentang Organisasi dan Tata Kerja Departemen Kesehatan.
5. Kepmenkes RI No. 462/Kepmenkes/SK/V/2002 tentang Save Community.
6. (UU NO. tahun tentang Praktek Kedokteran).
7. (UU No. tahun tentang Rumah Sakit).
8. (-----).
9. (-----).
10. (-----).
11. dll.

Rujukan

1. Seri PPGD : PPGD / GELS. SPGDT. Dirjen Yanmedik Depkes RI 2006.
2. Guidelines for the inter- and intrahospital transport of critically ill patients*
Jonathan Warren, MD, FCCM, FCCP; Robert E. Fromm Jr, MD, MPH, MS; Richard A. Orr, MD; Leo C. Rotello, MD, FCCM, FCCP, FACP; H. Mathilda Horst, MD, FCCM;
American College of Critical Care Medicine. Critical Care Medicine 2004 Vol. 32, No. 1.

Lampiran

Cek-lis Transfer Antar RS

Alasan transfer:

- tingkat pelayanan lebih tinggi
- mendapatkan pelayanan spesialistik
- permintaan pasien
- arahan dari penanggung dana

Dokter yang bertugas menulis instruksi transfer pada kartu / rekam medik

- ya
- tidak

Alasan transfer sudah dibahas dengan pasien dan / atau keluarga

- ya
- tidak

Persetujuan transfer sudah ditanda-tangani pasien dan / atau keluarga

- ya
- tidak

Pemeriksaan skrining medis dilakukan oleh: _____

Dokter yang bertugas sudah menghubungi dokter penerima

- ya
- tidak

Nama dokter penerima: _____

Nomor telepon penerima: _____

Nama RS penerima: _____

Jenis transportasi:

- ambulans
- helikopter
- mobil pribadi

Tingkat pelayanan yang diperlukan selama transport

- BLS
- ALS
- Perawat terdaftar
- Respiratori

Peralatan pendukung pasien selama transport tersedia pada unit pengirim

- ya
- tidak

Medikasi dan cairan IV yang diperlukan selama transport tersedia bersama pasien

- ya
- tidak

Jalan nafas pasien dan ventilasi dikontrol dengan _____

Kopi rekam medik terkait keadaan darurat pasien yang akan diberikan pada RS penerima saat kedatangan:

- 1. Rekam medik Pra RS
- 2. Rekam medik UGD
- 3. Riwayat penyakit bila ada
- 4. Resume pemeriksaan laboratorium
- 5. Kopi radiograf
- 6. Rekam medik keperawatan, termasuk catatan I & O dan tanda-tanda vital
- 7. Instruksi dokter untuk pelayanan selama transfer
- 8. Formulir persetujuan transfer

Formulir Pernyataan Transfer

Nama pasien: _____

Dengan ini menyatakan berdasar informasi pada saat transfer, dengan alasan manfaat medis bagi pasien atas kelengkapan tindakan medis yang lebih memadai pada fasilitas medis lain, dengan mempertimbangan peningkatan risiko bagi pasien, dan dalam hal per-salinan, bagi bagi yang belum lahir, dari transfer yang akan dilakukan.
Pernyataan ini berdasar risiko dan manfaat berikut:

Risiko:

Manfaat:

Nama dokter yang menyatakan: * _____

Tanda-tangan dokter yang menyatakan: _____

Tanggal: _____

*Bila dokter tidak ada di UGD pada saat transfer, tenaga medis yang berwenang (oleh peraturan perundangan atau hospital by-laws) harus berkonsultasi dengan dokter dan menanda-tangani pernyataan ini. Dokter tsb. turut menanda-tangani formulir diatas tsb.:

Nama petugas medis berwenang _____

Tanda-tangan petugas medis berwenang _____

Nama dokter yang dikonsulkan _____

Jam _____ tanggal _____

Permintaan Transfer Pasien

Saya mengerti bahwa RS harus melakukan pemeriksaan dasar medis untuk menentukan apakah saya mempunyai kelainan darurat, dan bila saya mengalaminya, RS menstabilkan kondisi saya atau mentransfer saya kefasilitas yang lebih baik.

Saya memahami bahwa pemeriksaan dan stabilisasi atau transfer terkait keadaan darurat harus dilakukan oleh RS tanpa menimbang apakah saya mampu membayar sendiri atau apakah asuransi akan membayar sebagian atau semua biaya pemeriksaan, tindakan, dan / transfer.

Saya memahami kewajiban RS tsb. dan saya ingin ditransfer ke:

Alasan keinginan saya untuk transfer adalah:

RS sudah memberikan informasi bahwa transfer yang saya inginkan memiliki risiko sbb:

Tanggal: _____

Tanda-tangan pasien: _____

Nama pasien: _____

Tanggal lahir: _____

Alamat: _____

Saksi: _____

DAFTAR NOMOR TELEFON PUSAT KONTROL MEDIK RS. M. DJAMIL & PETUGAS

No.	Bidang	Petugas	Telefon
1.	Dispatcher	Sesuai Jadwal	
2.	Penyakit Dalam/ Jantung	Dr. Masrul, SpJP Dr. Yerizal Karani, SpJP, SpPD	
3.	Penyakit Anak	Dr. Mayeti, SpA Dr.	
4.	Penyakit Bedah	Dr. Asril Zahari, SpB-KBD Dr.	
5.	Penyakit Kebidanan/ Kandungan	Dr. Dr.	
6.	Penyakit Mata	Dr. Dr.	
7.	Penyakit THT	Dr. Dr.	
8.	Penyakit Bedah Saraf	Dr. Syaiful Saanin, SpBS Dr.	
9.	Penyakit Jiwa	Dr. Dr.	
10.	Penyakit Saraf	Dr. Dr.	
11.	Anestesi/Nyeri	Dr. Rudi Permadi, SpAn Dr. Nazman Puar, SpAN	
12.	Forensik	Dr. Dr.	
13.	Farmasi	Apt. Apt.	
14.	Kontrol Infeksi	Dr. Ns.	
15.	Sarana	Ns. Br.	
16.	Patient safety	Ns.	
17.	Humas	Gustaviaov SH, MHum	
18.	Dirut/DanRS	Dr. Aumas Pabuti, SpA-K	
19.	Diryanwat/DanBencana	Dr. Yusirwan Yusuf, SpB-KBA	
20.	Dirkeu/Kayanman	Drg. Endang	
21.	DirSDM/Kayanmed	Dr. Irawati, SpM	
22.	Crisis Center Dinkes II	Sesuai Jadwal	
23.	Crisis Center DinKes I	Sesuai Jadwal	
24.	Koordinator PKM	Dr. Andi Rusli	
25.	Ko. BNPB Kodya		
26.	Ko. BNPB Prov.		
27.	Ko. Bencana Subreg. I		
28.	Ko. Tim Pra RS	Dr. Syaiful Saanin, SpBS	
29.	Ka UGD	Dr. Vendri Rivaldi, SpB	