

LAMPIRAN-LAMPIRAN



MAJELIS PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH PRINGSEWU
FAKULTAS KESEHATAN
PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEBIDANAN

Jl. KH. Ahmad Dahlan No.112, Pringsewu Barat, Kec. Pringsewu, Kabupaten Pringsewu, Lampung 35373

PERSETUJUAN PEMERIKSAAN
(INFORMED CONSENT)

Yang bertanda tangan dibawah ini :
Nama : .. Andrianto -Tusuti Umur : .. 36 .. Th
Alamat : .. Pamenang ..
.....

Adalah bertindak sebagai diri saya/Orang Tua (Suami) Keluarga dari Pasien :
Nama : .. Andrianto Umur : .. 39 .. Th
Alamat : .. Pamenang ..
.....

Setelah mendapat penjelasan dan pengertian tentang tindakan medis yang akan dilakukan berkaitan dengan PEMERIKSAAN MIF25 dan segala resiko yang terjadi, maka kami menyerahkan sepenuhnya dengan ikhlas untuk dilakukan pemeriksaan MIF25 dengan tindakan :

Pemeriksaan Fisik, Pemeriksaan Hb

Pernyataan ini kami buat dengan kesadaran atas resiko tindakan medis yang akan diberikan. Bila dikemudian hari terjadi resiko yang berhubungan dengan tindakan tersebut maka kami tidak akan menuntut sesuai hukum yang berlaku.

Demikian pernyataan ini kami buat, agar dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Pringsewu, 25 Juni 2021

Pukul : .. 08:00 WIB

Suami/Wali

Pasien

.....
Andrianto

.....
Tusuti

Yang memberi penjelasan,

Dosen Penguji

Mahasiswa

.....
Fitri Sofra L.

DIISI OLEH TENAGA KESEHATAN

Kehamilan Saat ini =
 Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT) = 25-9-2020
 Hari Taksiran Persalinan (HTP) = 2-7-2021
 Golongan Darah =
 Penggunaan Kontrasepsi sebelum hamil = BUKIT 3 dh.
 Riwayat Penyakit yang diderita Ibu =
 Riwayat Alergi =
 Status Imunisasi Tetanus (T) terakhir =
 G.....P.....A..... TB = 158 cm

RIWAYAT OBSTETRI

Kehamilan Ke-	Tahun	Lahir Hidup/ Mati/ Abortus	Lahir Aterm/ Pre Term/ Post Term	Lahir Spontan/ SC/ Lainnya	Berat Lahir (g)/ Panjang Lahir (cm)	Tempat bersalin, nakes	Kondisi Anak Saat ini	Komplikasi Kehamilan/ Persalinan
1.	2010	L.H.	term.	L.Spt.	3000	Harbun.	sehat	-
2.	2019	L.H.	term.	L.Spt.	2.800	PMB feh.	sehat	-

PERIKSA KE

Segera ke do
 kehamilan p
 • 1 kali
 • 1 kali
 • 2 kali

Pastikan
 pelayanan
 yang me

1. Pen
 satu
 Bila
 risil
 me
 Pe
 Ki
 S
 s

2.

3

Nomor Registrasi Ibu : _____
 Nomor Urut di Kohort Ibu : _____
 Tanggal menerima Buku KIA : _____
 Nama & No. Telp. Tenaga Kesehatan : _____

Ny. Y
 Nama Ibu : _____
 Tempat/Tgl. Lahir : 32 R. _____
 Kehamilan ke : 5. Anak terakhir umur : 6 tahun 6 bulan
 Agama : Islam
 Pendidikan : Tidak Sekolah (SD/SMP/SMA) SD / Akademi / Perguruan Tinggi*
 Golongan Darah : _____
 Pekerjaan : RT
 No. JKN / BPJS : _____

Tn. W
 Nama Suami : _____
 Tempat/Tgl. Lahir : 34 R. _____
 Agama : Islam
 Pendidikan : Tidak Sekolah (SD/SMP/SMA) SD / Akademi / Perguruan Tinggi*
 Golongan Darah : _____
 Pekerjaan : Wiraswasta

Alamat Rumah : Pungutan
 Kecamatan : Per - Pau
 Kabupaten/Kota : _____
 No. Telp. yang bisa dihubungi : _____

LP

