# FORMULIR RUJUKAN

Nama Instansi pengirim: ……...

Nama Instansi penerima: ……..

Nama Pasien:…….. Umur: ……. Tahun, Jenis kelamin: L / P

Nama Ibu Kandung .....

Alamat dan No.Telp.Pasien:

.....

.....

No. Rekam Medis : ☐☐☐☐☐☐☐☐ No. Reg. Nas: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

NIK: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Tanggal konfirmasi tes HIV + : ..... Tempat : .....

Keadaan pada saat rujukan :

- Stadium klinis : I / II / III / IV
- Berat Badan : ..... kg
- Status fungsional : K / Amb / Bar
- Rejimen yang diberikan : .....
  .....
- IO yang terjadi/terapi : .....
- Profilaksis IO : .....
- Status TB : 1. Tidak ada tanda/gejala TB; 2. Suspek TB; 3. TB dalam pengobatan .

Bersama ini kami lampirkan pula salinan ikhtisar perawatan HIV dan ART.

....., tgl .....

( Dr.....).

---

**UNTUK DIISI DAN DIKEMBALIKAN KE UNIT PENGIRIM**

Nama Pasien: ..... No. Register : .....

Umur : ..... tahun Jenis kelamin : L / P

Tanggal pasien melapor : .....

Nama unit layanan kesehatan (tempat berobat baru): .....

....., tgl .....

( .....).