

(Diisi oleh Dokter yang merawat / mengobati)

Mohon kesediaan untuk mengisi pertanyaan di bawah ini dengan sebenarnya sesuai data dan informasi yang ada.
Terima kasih

Data Tertanggung/Pasien

Nama Pasien	_____	No. Rekam Medis	_____
Tanggal Lahir	____/____/____ (Tgl/Bln/Thn)	Usia	_____
Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Pria <input type="checkbox"/> Wanita	Alamat Pasien	_____
Pasien Mengalami	<input type="checkbox"/> Rawat Inap <input type="checkbox"/> Penyakit Kritis	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Cacat Tetap & Total <input type="checkbox"/> Kecelakaan	_____	_____
	<input type="checkbox"/> Meninggal Dunia Lainnya : _____	_____	_____

Data Perawatan & Riwayat Klinis

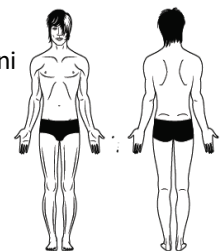
Tanggal Perawatan	____/____/____ (Tgl/Bln/Thn)	s/d	____/____/____ (Tgl/Bln/Thn)
Lama Perawatan	_____ hari		
Tanggal Meninggal Dunia	____/____/____ (Tgl/Bln/Thn)		
Indikasi/gejala/keluhan/anamnesa	_____		
Sejak kapan pasien mengalami gejala	____/____/____ (Tgl/Bln/Thn)		
Diagnosa Pasien	_____		
Penyebab Diagnosa Pasien	<input type="checkbox"/> Penyakit	<input type="checkbox"/> Kecelakaan	<input type="checkbox"/> Lainnya: _____
Rawat inap atas permintaan pasien	<input type="checkbox"/> Ya	Perawatan dapat dilakukan dengan rawat jalan	<input type="checkbox"/> Ya
	<input type="checkbox"/> Tidak		<input type="checkbox"/> Tidak
Tanggal pertama kali terdiagnosa	____/____/____ (Tgl/Bln/Thn)		
Riwayat penyakit terdahulu	_____ di derita sejak	____/____/____ (Tgl/Bln/Thn)	
Apakah Pasien pernah mendapatkan perawatan sebelumnya	<input type="checkbox"/> Ya, sebutkan Nama Dokter dan RS : _____ <input type="checkbox"/> Tidak		
Hasil pemeriksaan penunjang perawatan saat ini	<i>(Pemeriksaan fisik, Laboratorium, Radiologi, MRI, CT Scan, Patologi Anatomi, dll)</i>		

Sebutkan pengobatan/tindakan/nama & jenis operasi yang dilakukan terhadap pasien ini

Diagnosa diatas berhubungan dengan	<input type="checkbox"/> Kelainan cacat bawaan	<input type="checkbox"/> Alkohol/narkoba/penyalahgunaan obat-obatan
	<input type="checkbox"/> Kejiwaan	<input type="checkbox"/> Kehamilan/persalinan/keguguran/komplikasinya
	<input type="checkbox"/> Kosmetik/estetika	<input type="checkbox"/> Penyakit menular seksual
	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Kesuburan&komplikasinya
	<input type="checkbox"/> Bunuh diri/melukai diri	<input type="checkbox"/> Pemeriksaan kesehatan rutin

Perawatan berhubungan dengan kecelakaan/cacat

Apakah terdapat bagian tubuh yang mengalami kelumpuhan/kehilangan fungsi/organ	<input type="checkbox"/> Ya, tandai lokasi penyakit/luka/cedera pada pasien ini
	<input type="checkbox"/> Tidak
Bagaimanakah sifat kelumpuhan/cacat tersebut	<input type="checkbox"/> Sementara <input type="checkbox"/> Menetap
Apakah Pasien mampu bekerja secara total	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
Kapan pasien ini diperkirakan pulih kembali	____/____/____ (Tgl/Bln/Thn)
Dapat bekerja/setelah berapa lama	_____



Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya adalah Dokter yang merawat/memeriksa Pasien ini, dan saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter	_____	Spesialisasi	_____
Alamat Dokter/RS	_____	No Telp/Selular	_____
Tanggal	____/____/____ (Tgl/Bln/Thn)		
_____	_____		
CapRS/Klinik/Tempat Perawatan	Tandatangan dan cap SIP Dokter		