

**RAHASIA**

## SURAT KETERANGAN DOKTER

- ✓ Diisi oleh dokter yang merawat/mengobati
- ✓ Harap diisi dengan menggunakan huruf cetak
- ✓ Beri tanda "√" yang sesuai dengan kondisi penyakit :

- Penyakit Terminal (Terminal Illness)
- Koma
- HIV yang didapat melalui : Transfusi Darah atau Transplantasi Organ atau Pekerjaan (Occupationally Acquired HIV)

### DATA PASIEN (DIISI OLEH DOKTER)

1. Nama Pasien : \_\_\_\_\_
2. Nomor E-KTP/ Paspor : \_\_\_\_\_
3. No. Pasien/ Rekam Medis/ No.Kartu : \_\_\_\_\_
4. Tanggal lahir/ Usia : \_\_\_\_\_
5. Alamat Rumah : \_\_\_\_\_

### RIWAYAT PENYAKIT

6. Kapan pertama kali Pasien berkonsultasi dengan Dokter untuk penyakit ini? \_\_\_\_ (tgl), \_\_\_\_ (bln), \_\_\_\_ (thn)
7. Mohon sebutkan diagnosanya:

---



---



---

8. Kapan diagnosa penyakit ini ditegakkan? \_\_\_\_ (tgl), \_\_\_\_ (bln), \_\_\_\_ (thn)
9. Mohon jelaskan keluhan/gejala secara terperinci:

---



---



---

10. Sejak kapan gejala dan keluhan tersebut? \_\_\_\_ (tgl), \_\_\_\_ (bln), \_\_\_\_ (thn)
11. Mohon jelaskan hasil dan kelainan dari pemeriksaan fisik yang dilakukan:

---



---



---

12. Tindakan medis, pengobatan dan saran apa yang telah diberikan dan mohon jelaskan tujuannya

Tanggal	Bulan	Tahun	Jenis Tindakan Medis/Pengobatan/Saran	Tujuan

13. Apakah penyebab penyakit ini termasuk:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cacat Bawaan           | <input type="checkbox"/> Merokok                            |
| <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan Obat    | <input type="checkbox"/> Human Immunodeficiency Virus (HIV) |
| <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan Alkohol |   |

14. Bagaimana Prognosis pada pasien ini?

---



---



---

15. Mohon berikan nama dan alamat Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi oleh Pasien sebelumnya:

---



---



---

16. Mohon jelaskan secara detail dan lampirkan semua hasil pemeriksaan atau tes dari Rumah Sakit sehubungan dengan keadaan/penyakit Pasien:

---



---



---

17. Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) jika ada, yang meningkatkan resiko penyakit? Jika "Ada", mohon dijelaskan:

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

18. Apakah sebelumnya pasien pernah menjalani rawat jalan? Jika pernah, mohon dijelaskan:

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

19. Apakah sebelumnya Pasien pernah menjalani rawat inap? Jika pernah, mohon dijelaskan:

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

**RINCIAN MEDIS**
**PENYAKIT TERMINAL**

20. Menurut expertise dokter apakah kondisi Pasien termasuk dalam kategori penyakit terminal (*terminal illness*) berdasarkan prognosis dalam waktu 6 (enam) bulan perawatan?

Ya                       Tidak

21. Mohon penjelasan :

---



---

**KOMA**

22. Mohon penjelasan diagnosa dokter secara rinci mengenai cedera, penyakit atau kondisi yang menyebabkan koma, termasuk pada saat terjadinya.

---



---



---

23. Berapa lama (jam) Pasien mengalami koma? \_\_\_\_\_

24. Alat bantu kehidupan apa saja yang digunakan pada saat perawatan Pasien?

---



---

25. Pemeriksaan diagnostik apa saja yang telah dilakukan untuk menentukan keadaan koma termasuk pemeriksaan Neurologis?

Tanggal	Bulan	Tahun	Jenis Pemeriksaan Diagnostik	Hasil

26. Apakah terjadi Defisit Neurologis Permanen?

Ya                       Tidak

27. Jika "Ya", mohon sebutkan

---



---

**HIV**

28. Apakah penyebab infeksi HIV pada Pasien ini?

- Hubungan sexual
- Transfusi Darah
- Penggunaan obat melalui injeksi/intravena, sebutkan : \_\_\_\_\_
- Transplantasi Organ, sebutkan : \_\_\_\_\_
- Resiko Pekerjaan, sebutkan : \_\_\_\_\_
- Lainnya, sebutkan : \_\_\_\_\_

29. Pemeriksaan diagnostik apa saja yang sudah dilakukan?

Tanggal	Bulan	Tahun	Jenis Pemeriksaan Diagnostik	Hasil

**PERIODE PERAWATAN RUMAH SAKIT**

30. Tanggal Masuk : \_\_\_ (tgl), \_\_\_ (bln), \_\_\_ (thn), Jam: \_\_\_ : \_\_\_

31. Tanggal Keluar : \_\_\_ (tgl), \_\_\_ (bln), \_\_\_ (thn), Jam: \_\_\_ : \_\_\_

**PERNYATAAN DOKTER**

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter/Spesialisasi : \_\_\_\_\_

 Alamat Dokter/Rumah Sakit : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

 Nomor Telepon/*Handphone* : \_\_\_\_\_

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ , \_\_\_ / \_\_\_ / 20 \_\_\_

**Nama Dokter**
**Cap Rumah Sakit**

 Tanda Tangan & Nama Jelas  
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Cap Harus Jelas