

**RAHASIA**

## SURAT KETERANGAN DOKTER

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

- Stroke
- Koma/Coma
- Meningitis
- Ensefalitis
- Radang Otak Lainnya

### 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 Alkohol | <input type="checkbox"/> Human Immunodeficiency Virus (HIV) |

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**

20. Apakah penyebab kondisi yang dialami pasien?

- Penyakit : \_\_\_ (tgl), \_\_\_ (bln), \_\_\_ (thn)  
 Kecelakaan : \_\_\_ (tgl), \_\_\_ (bln), \_\_\_ (thn),  
 Lainnya : \_\_\_ (tgl), \_\_\_ (bln), \_\_\_ (thn),

Mohon Jelaskan perjalanan penyakit/kecelakaan/penyebab lainnya tersebut?

---

---

---

21. Mohon sebutkan jenis pemeriksaan penunjang yang dilakukan

- Pungsi Lumbal     *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*     *Positron Emission Tomography (PET Scan)*  
 CT Scan     *Electroencephalography (EEG)*     *Carotid Arteriography*

22. Mohon lampirkan semua hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta hasil interpretasinya.

23. Apakah telah dilakukan operasi?

- Ya     Tidak

24. Jika "Ya", mohon beri tanda:

- Craniotomy*     Pembedahan Endarterectomi pada Arteri Karotid     Pembedahan Aneurisma Otak  
 Pemasangan *Cerebral Shunt*  
 Tindakan/jenis pembedahan lainnya, mohon jelaskan:

---

25. Apakah terdapat adanya Defisit Nerologik yang permanen?

- Ya, sejak tanggal: \_\_\_ (tgl), \_\_\_ (bln), \_\_\_ (thn)     Tidak

26. Mohon sebutkan Defisit Neurologis yang terjadi pada pasien:

---

---

---

**STROKE**

27. Apakah *Stroke* berlangsung lebih dari 24 jam?

- Ya     Tidak

28. Apakah kondisi yang diderita berupa *Transiet Ischaemic Attack*?

- Ya     Tidak

29. Mohon beri tanda pada kelainan yang terjadi pada jaringan otak:

- Infrak     Thrombosis     Emboli     Haemoragic  
 Lainnya, mohon jelaskan:

---

**KOMA**

30. Sejak kapan pasien dalam kondisi koma?
31. Sejak tanggal: \_\_\_ (tgl), \_\_\_ (bln), \_\_\_ (thn) – sampai dengan tanggal: \_\_\_ (tgl), \_\_\_ (bln), \_\_\_ (thn)
32. Berapa lama (jam) Pasien berada dalam kondisi koma terus menerus?
- \_\_\_\_\_
33. Apakah pasien menggunakan alat bantu kehidupan selama kondisi koma?
- \_\_\_\_\_

**MENINGITIS DAN RADANG OTAK**

34. Komplikasi apa saja yang terjadi akibat penyakit ini pada pasien?
- Paralisis                       *Desebrasi Hydrocephalus*                       Gangguan Penglihatan
- Gejala *Neurologic* lainnya:
- \_\_\_\_\_

**PERIODE PERAWATAN RUMAH SAKIT**

35. Tanggal Masuk : \_\_\_ (tgl), \_\_\_ (bln), \_\_\_ (thn), Jam: \_\_\_ : \_\_\_
36. 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**

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

**Cap Rumah Sakit**

Cap Harus Jelas