

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