

RAHASIA

SURAT KETERANGAN DOKTER

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

- Penyakit Asma Berat Akut
- Operasi Pengangkatan Paru
- Penyakit Paru Kronik
- Disabling Primary Pulmonary Hypertension*

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:

- Cacat Bawaan
- Merokok
- Penyalahgunaan Alkohol
- 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

PENYAKIT ASMA BERAT AKUT

20. Apakah kondisi ini merupakan Asma Berat (Severe Asthma)?

Ya Tidak

21. Apakah diperlukan pemasangan Ventilator?

Ya Tidak

22. Jika "Ya", berapa lama? _____

23. Apakah sudah dilakukan pemasangan vena-cava filter?

Ya Tidak

OPERASI PENGANGKATAN PARU

24. Apakah sudah pernah dilakukan pengangkatan Paru?
 Ya Tidak
25. Jika "Ya", kapan dilakukan?
 Seluruh Paru kanan : ___ (tgl), ___ (bln), ___ (thn)
 Seluruh Paru kiri : ___ (tgl), ___ (bln), ___ (thn)
 Sebagian Paru kanan : ___ (tgl), ___ (bln), ___ (thn)
 Sebagian Paru kiri : ___ (tgl), ___ (bln), ___ (thn)

PENYAKIT PARU KRONIK

26. Apakah sudah terdapat bukti hasil tes fungsi Paru FEV₁ < 1 liter secara konsisten?
 Ya Tidak
27. Jika "Ya", dilakukan tanggal? ___ (tgl), ___ (bln), ___ (thn)
28. Apakah sudah timbul sesak nafas walaupun sedang istirahat?
 Ya Tidak
29. Apakah sudah diperlukan terapi suplementasi oksigen permanen untuk kondisi Hipoksemianya?
 Ya Tidak
30. Apakah pada Analisa Gas Darah Arteri terdapat adanya Tekanan Oksigen Parsial (PaO₂) ≤ 55 mmHg?
 Ya Tidak
31. Apakah sudah didiagnosis sebagai penyakit paru kronik stadium tahap akhir?
 Ya Tidak

PENYAKIT DISABLING PRIMARY PULMONARY HYPERTENSION

32. Apakah sudah terdapat ketidakmampuan Jantung setidaknya sesuai dengan *New York Heart Association Classification*?
 Ya Tidak
33. Jika "Ya", *New York Heart Association* kelas berapa? _____
34. Apakah sudah terdapat bukti adanya peningkatan Tekanan Pulmoner Menetap > 30 mmHg?
 Ya, selama lebih dari 6 (enam) bulan terus menerus.
 Ya, namun belum melebihi 6 (enam) bulan terus menerus.
 Tidak
35. Apakah tindakan Kateterisasi Jantung telah dilakukan?
 Ya Tidak
36. Jika "Ya", dilakukan tanggal? ___ (tgl), ___ (bln), ___ (thn)

PERIODE PERAWATAN RUMAH SAKIT

37. Tanggal Masuk : ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn), Jam: ____ : ____

38. 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/Specialisasi : _____

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