

RAHASIA

SURAT KETERANGAN DOKTER

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

- Transplantasi Organ
- Gagal Ginjal

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

DATA KLINIS

TRANSPLANTASI ORGAN

20. Pada organ manakah transplantasi telah dilakukan?

- Ginjal
 Hati
 Pankreas
 Lainnya, sebutkan: _____
 Jantung
 Paru-paru
 Sumsum Tulang

21. Sebutkan tanggal pelaksanaan transplantasi : ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)

22. Sebutkan jenis tindakan transplantasi yang dilakukan :

- Laparotomy
 Hematopoetik sel induk

23. Jika **belum** dilakukan transplantasi organ

- Transplantasi tidak perlu dilakukan

- Transplantasi perlu dilakukan, tapi belum direncanakan tanggalnya dan Pasien belum resmi tercantum dalam daftar tunggu sebagai resipien
- Transplantasi akan dilakukan pada ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn) dan Pasien sudah tercatat dalam daftar tunggu sebagai resipien

GAGAL GINJAL

24. Sebutkan tanggal pemeriksaan e*Glomerular Filtration Rate* (eGFR): ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)
25. Apakah sudah terjadi penurunan fungsi ginjal yang dibuktikan dengan hasil e*Glomerular Filtration Rate* kurang dari 15 ml / mm / 1.732 m² ?
- Ya Tidak
26. Gagal Ginjal terjadi pada: Ginjal Kanan Ginjal Kiri Kedua Ginjal
27. Gagal Ginjal sudah pada tahap terminal?
- Ya Tidak
28. Apakah sudah dilakukan pengangkatan satu ginjal?
- Ya, ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn) Tidak
29. Apakah Pasien harus menjalani Hemodialisis atau Dialisis Peritoneal?
- Ya Tidak

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

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

Cap Rumah Sakit

Cap Harus Jelas