

DIISI OLEH DOKTER (MOHON DIISI LENGKAP DENGAN HURUF CETAK DAN BALLPOINT)

I. DATA RUMAH SAKIT

1.	Nama dan Alamat Rumah Sakit	Telp :
2.	Tanggal Perawatan	
3.	Apabila ini kasus rujukan, mohon sebutkan nama dan alamat dokter pengirim	
	Nama dokter	
	Nama RS/Klinik	

II. RESUME MEDIS

1.	Keluhan utama	
2.	Keluhan tambahan	
3.	Waktu pertama kali keluhan muncul	
4.	Riwayat penyakit atau cedera terdahulu yang berhubungantahun.....(dirawat/tidak dirawat)tahun.....(dirawat/tidak dirawat)tahun.....(dirawat/tidak dirawat)
5.	Pemeriksaan fisik	
	Status generalis	
	Status lokalis	
6.	Laboratorium	
7.	Pemeriksaan penunjang lainnya (EKG, USG, X-RAY, dll)	
8.	Diagnosa utama	
	Diagnosa tambahan	
9.	Secara medis, apakah pasien dapat menjalani rawat jalan?	<input type="checkbox"/> dapat warat jalan <input type="checkbox"/> tidak dapat rawat jalan, alasan.....
10.	Terapi	
	Tindakan operatif (jika dilakukan) :	
	Nama operasi	
	Indikasi operasi	
	Jenis anestesi	<input type="checkbox"/> lokal <input type="checkbox"/> regional/blok <input type="checkbox"/> umum, alasan :
11.	Kemungkinan kambuh	<input type="checkbox"/> kecil kemungkinan kambuh kembali <input type="checkbox"/> besar kemungkinan kambuh kembali
12.	Saran & rencana pengobatan selanjutnya	

III. KLARIFIKASI

	Apakah Penyakit diatas berhubungan dengan : <input type="checkbox"/> Kongenital/herediter <input type="checkbox"/> Kehamilan <input type="checkbox"/> STD/HIV/AIDS <input type="checkbox"/> Kesuburan <input type="checkbox"/> Kecelakaan <input type="checkbox"/> Gangguan jiwa/Psikosomatis <input type="checkbox"/> Kosmetik <input type="checkbox"/> Orthodontist <input type="checkbox"/> Drug Abuse <input type="checkbox"/> Tentamina Suicide <input type="checkbox"/> Lain-lain, sebutkan :
--	---

Saya, dokter yang merawat, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut diatas adalah lengkap dan benar

Nama Dokter Utama :	Tandatangan dokter disertai stempel Rumah Sakit
No. Telepon :	