

SURAT KETERANGAN DOKTER

Nama Pasien : _____
 No. Med. Rec : _____
 Tanggal Lahir : tgl _____/bln _____/th _____
 Usia : _____ thn
 Tanggal Rawat : tgl _____/bln _____/th _____
 Alamat : _____

Mohon bantuan TS agar kiranya bersedia memberikan informasi mengenai keadaan OS selama dirawat di RS/Klinik/Dokter, dengan mengisi keterangan dan penjelasan sebagai berikut :

1. Kapan pertama kali pasien melakukan konsultasi kepada dokter ? tgl / bln / th
2. Sebutkan berapa kali mendapatkan perawatan di RS/Klinik/Dokter ? _____ (kali)
 - Tanggal _____ sd _____ diagnosa : _____
 - Tanggal _____ sd _____ diagnosa : _____
 - Tanggal _____ sd _____ diagnosa : _____
 - Tanggal _____ sd _____ diagnosa : _____
3. Mohon jelaskan keadaan pasien pada saat menjalani perawatan dengan diagnosa tersebut di RS/Klinik/Dokter ?
 - a. Keluhan dan sejak kapan keluhan dirasakan _____
 - b. Keadaan Umum _____
 - c. Kesadaran _____
 - d. Tanda Vital _____
 TD : _____ Nadi : _____ Pernafasan : _____
 - e. Diagnosa akhir _____
4. Sejak kapan keluhan diatas dialami pasien ? _____
 Apakah penyebab dari penyakit lain ? Ya/Tidak (Coret yang tidak perlu)
 Jika “Ya”
 Mohon menuliskan Diagnosa _____
 Sejak kapan Diagnosa penyebab diderita pasien ? _____
5. Apakah pasien pernah melakukan konsultasi lainnya dengan keluhan lainnya ? Ya/Tidak (coret yang tidak perlu)
 Jika Ya , mohon jelaskan :
 - a. Tanggal konsultasi tgl. _____/bln _____/th _____
 - b. Mohon Jelaskan keluhan yang dirasakan ? _____
 - c. sejak kapan keluhan dirasakan Tgl _____/bln _____/thn _____
 - d. Keadaan umum tingkat kesadaran _____

e. Tanda Vital _____

TD : _____ Nadi : _____ Pernafasan : _____

f. Diagnosa akhir _____

Tidak

6. Apakah ada penyakit lainnya yang memperparah kondisi pasien ?

Jika Ya , mohon jelaskan diagnosa dan sejak kapan diderita oleh pasien _____

Tidak

7. Menurut catatan di RS dan sepengetahuan Dokter, apakah pasien mempunyai riwayat penyakit sebagai berikut :

No.	Riwayat Penyakit	Sejak kapan (Tgl/Bln/Thn)	Keterangan
1	Jantung		
2	TBC		
3	Diabetes Mellitus		
4	Stroke		
5	Hipertensi		
6	Paru-paru Kronis		
7	Kanker/Tumor		
8	Penyakit Hati		
9	Ginjal		
10	Hepatitis		
11	Asthma		
12	Hiperlipidemia		

8. Apakah pasien dirujuk dari rumah sakit / dokter lain ? Ya/Tidak

Jika Ya

Mohon dapat diinformasikan :

a. Nama RS / Dokter yang merujuk _____

b. Alamat RS / Dokter yang merujuk _____

c. Tanggal Rujukan : tgl ____/bln ____/th____

d. Alasan peserta dirujuk ke RS ini _____

9. Bagaimana keadaan pasien pada saat keluar dari RS?

a. Meninggal dunia

b. Pulang Paksa

c. Sehat / Perbaikan

d. Dirujuk ke RS lain : (Mohon diinformasikan)

Nama RS _____

Alamat RS _____

Alasan dirujuk _____

10. Adakah informasi lain yang ingin dokter sampaikan ?

....., 2017

(_____)
Cap, Tanda Tangan & Nama Dokter

Catatan :

Mohon dapat dilampirkan pula hasil pemeriksaan pasien tersebut di atas, seperti hasil pemeriksaan laboratorium, hasil pemeriksaan radiologi, hasil pemeriksaan thorax, hasil pemeriksaan USG, dan lain-lain.