

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

INFORMASI UMUM

1. Nama Pasien/Tertanggung : _____
2. Tanggal Lahir : _____ No. Rekam Medis : _____
3. Kapan pertama kali Pasien berkonsultasi dengan Dokter untuk penyakit ini? ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)
4. Mohon sebutkan diagnosanya:

5. Kapan diagnose penyakit ini ditegakkan? ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)
6. Mohon jelaskan keluhan/gejala secara terperinci:

7. Sejak kapan gejala dan keluhan tersebut? ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)
8. Mohon jelaskan hasil dan kelainan dari pemeriksaan fisik yang dilakukan:

9. Tindakan medis, pengobatan dan saran apa yang telah diberikan dan mohon jelaskan tujuannya

Tanggal	Bulan	Tahun	Jenis Tindakan Medis/Pengobatan/Saran	Tujuan

10. 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)

11. Bagaimana Prognosis pada pasien ini?

12. Mohon berikan nama dan alamat Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi oleh Pasien sebelumnya:

13. Mohon jelaskan secara detail dan lampirkan semua hasil pemeriksaan atau tes dari Rumah Sakit sehubungan dengan keadaan/penyakit Pasien:

14. Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) jika ada, yang meningkatkan resiko penyakit? Jika "Ada", mohon dijelaskan:

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

15. Apakah sebelumnya pasien pernah menjalani rawat jalan? Jika pernah, mohon dijelaskan:

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

16. Apakah sebelumnya Pasien pernah menjalani rawat inap? Jika pernah, mohon dijelaskan:

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

INFORMASI UMUM

TRANSPLANTASI ORGAN

17. Pada organ manakah transplantasi telah dilakukan?

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

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

19. Sebutkan jenis tindakan transplantasi yang dilakukan :

Laparotomy Hematopoetik sel induk

20. Jika **belum** dilakukan transplantasi organ

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

GAGAL GINJAL

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

PERIODE PERAWATAN RUMAH SAKIT

27. Tanggal Masuk : ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn), Jam: ____ : ____
28. Tanggal Keluar : ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn), Jam: ____ : ____

PERNYATAAN DOKTER

Saya Dokter yang merawat pasien tersebut, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut diatas adalah lengkap dan benar sejauh pengetahuan yang saya miliki dan yakini.

Ditandatangani di _____ , ____ / ____ / 20 ____

Nama Dokter serta Stempel RS

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