

SURAT KETERANGAN DOKTER

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

- Stroke
- Koma/Coma
- Meningitis
- Ensefalitis
- Radang Otak Lainnya

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 diagnosa 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

RINCIAN MEDIS

17. Apakah penyebab kondisi yang dialami pasien?

- Penyakit : ___ (tgl), ___ (bln), ___ (thn)
- Kecelakaan : ___ (tgl), ___ (bln), ___ (thn),
- Lainnya : ___ (tgl), ___ (bln), ___ (thn),

Mohon Jelaskan perjalanan penyakit/kecelakaan/penyebab lainnya tersebut?

18. Mohon sebutkan jenis pemeriksaan penunjang yang dilakukan

- Pungsi Lumbal *Magnetic Resonance Imaging* (MRI) *Positron Emission Tomography* (PET Scan)
 CT Scan *Electroencephalography* (EEG) *Carotid Arteriography*

19. Mohon lampirkan semua hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta hasil interpretasinya.

20. Apakah telah dilakukan operasi?

- Ya Tidak

21. Jika "Ya", mohon beri tanda:

- Craniotomy* Pembedahan Endarterectomi pada Arteri Karotid Pembedahan Aneurisma Otak
 Pemasangan *Cerebral Shunt*
 Tindakan/jenis pembedahan lainnya, mohon jelaskan:

22. Apakah terdapat adanya Defisit Nerologik yang permanen?

- Ya, sejak tanggal: ___ (tgl), ___ (bln), ____ (thn) Tidak

23. Mohon sebutkan Defisit Neurologis yang terjadi pada pasien:

STROKE

24. Apakah *Stroke* berlangsung lebih dari 24 jam?

- Ya Tidak

25. Apakah kondisi yang diderita berupa *Transiet Ischaemic Attack*?

- Ya Tidak

26. Mohon beri tanda pada kelainan yang terjadi pada jaringan otak:

- Infrak Thrombosis Emboli Haemoragic
 Lainnya, mohon jelaskan:

KOMA

27. Sejak kapan pasien dalam kondisi koma?

28. Sejak tanggal: ___ (tgl), ___ (bln), ____ (thn) – sampai dengan tanggal: ___ (tgl), ___ (bln), ____ (thn)

29. Berapa lama (jam) Pasien berada dalam kondisi koma terus menerus?

30. Apakah pasien menggunakan alat bantu kehidupan selama kondisi koma?

MENINGITIS DAN RADANG OTAK

31. Komplikasi apa saja yang terjadi akibat penyakit ini pada pasien?

- Paralisis *Desebrasi Hydrocephalus* Gangguan Penglihatan
 Gejala *Neurologic* lainnya:

PERIODE PERAWATAN RUMAH SAKIT

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

33. 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)