





10. Apakah perawatan ini atas permintaan pasien?  
(Is the patient hospitalized upon his request?)

Ya/Yes

Tidak/No

11. Pada hari perawatan keberapa pasien diperbolehkan pulang? (On which days of hospitalization, patient was allowed to go home)?

### C. INFORMASI PENGOBATAN / TREATMENT DETAILS

1. Apakah ada pemeriksaan penunjang yang dilakukan untuk menentukan Diagnosis  
Any additional examination conducted to define Diagnose ?

Ya/Yes

Tidak/No

Jika "YA", Mohon penjelasan / If "YES", Please provide details:

Tanggal Pemeriksaan Penunjang / Date of Supporting Examination (dd/mm/yyyy)	Nama Pemeriksaan Penunjang / Name of Supporting Examination	Hasil / Result

2. Mohon dijelaskan tindakan pengobatan medis yang diberikan / Kindly describe the medical treatment measures has been given:

Jenis Tindakan / Type of Treatment	Indikasi Medis Tindakan / Medical Treatment Indication



**D. KONDISI INI DISEBABKAN OLEH / KOMPLIKASI DARI / BERHUBUNGAN DENGAN / THIS CONDITION IS CAUSED BY / COMPLICATION OF / RELATED TO :**

	YA / YES	TIDAK / NO								
1. Kecelakaan / Accident Jika 'YA', tanggal kecelakaan / If 'YES' date of accident: <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>	D	D	M	M	Y	Y	Y	Y	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D	D	M	M	Y	Y	Y	Y			
(a) Uraikan bagaimana kecelakaan terjadi / Description of how the accident happened										
(b) Gambaran cedera / luka / Description of the extend of bodily injury										
2. Melukai diri sendiri / Self – inflicted injury	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
3. Bunuh diri / committed suicide?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
4. Kehamilan, Infertilitas, Sub-Fertilitas, kelahiran, KB, sterilisasi, Keguguran atau Aborsi / Pregnancy, Infertility, Sub-Fertility, Childbirth, Birth Control, Sterilization, Miscarriage or Abortion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
5. Apakah kondisi tersebut berhubungan dengan kejiwaan atau psikosomatis / Is the condition associated with mental disorder or psychosomatic?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
6. Apakah kondisi tersebut berhubungan dengan cacat lahir atau kelainan bawaan / Is the condition associated with a birth defect or congenital disease?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
7. Alasan kosmetik / Cosmetic reason:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
8. Apakah kondisi tersebut berhubungan dengan penyakit menular seksual atau penyakit yang berhubungan dengan HIV / ADIS / Is the condition associated with Sex transmitted disease or HIV / AIDS related illness?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
9. Alkoholisme atau penyalahgunaan obat-obatan atau segala cedera atau penyakit yang diderita setelah mengkonsumsi cairan dan obat-obatan yang berbahaya / Alcoholism or drug abuse or any injury or illness suffered after taking intoxicating liquors or drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
10. Obesitas, penurunan berat badan atau peningkatan berat badan / Obesity, weight reduction or weight improvement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
11. Perawatan dan pengobatan Gigi / Dental care and treatment?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								

**E. RIWAYAT MEDIS / MEDICAL RECORD**

1. Apakah pasien pernah berkunjung ke / dirawat di RS ini / RS lain sebelumnya, baik disebabkan oleh hal yang sama ataupun berbeda dalam kurun waktu 5 tahun terakhir / Has the Patient visited to / been admitted to this Hospital / any Hospital previously, either for the same or different cause within 5 years?

Tanggal Perawatan / Date of Treatment (DD/MM/YYYY)	Nama Rumah Sakit / Name of Hospital	Nama Dokter / Name of Doctor	Diagnosa / Diagnosis

2. Riwayat penyakit sebelumnya / Patient Medical History:

Riwayat Penyakit / History of Disease	Diderita sejak / Onset Date (dd/mm/yyyy)	Pengobatan / Name of Medicine	Sejak kapan obat dikonsumsi / Since when this Medicine is consumed (dd/mm/yyyy)	Apakah obat masih dikonsumsi sampai sekarang / Are this medicine still consumed until now?	Jika TIDAK, kapan obat tersebut berhenti dikonsumsi / If NO, when this medicine is stopped? (dd/mm/yyyy)
				YES / NO	
				YES / NO	
				YES / NO	



## F. RENCANA PENGOBATAN SELANJUTNYA / FUTURE TREATMENT PLAN

1. Bagaimana respon pasien terhadap pengobatan / Patient's respon to the Treatment:

2. Apakah ada rencana pengobatan lanjutan / Is further Treatment planned?  YA / YES  TIDAK / NO

Jika "Ya", mohon dijelaskan rencana pengobatan lanjutan yang pasien butuhkan saat ini (termasuk kapan dilakukan dan apa indikasi medisnya) / If 'Yes' please specified any follow up Treatment currently needed by Patient (including plan date and medical reason for the treatment)

3. Apakah pasien dirujuk ke Dokter lain untuk tindak lanjut atau pengobatan lanjutan / Was the patient referred to other doctor (s) for follow up or further treatment?

YA / YES  TIDAK / NO

Jika 'YA', mohon sebutkan nama dan alamat dokter serta alasan dirujuk / If 'YES', please state name and address of doctor and the reason (s) for referral

4. Apakah ada kemungkinan untuk dilakukan Pembedahan lanjutan / Any likelihood of further Surgery to be required?  YA / YES  TIDAK / NO

Jika 'YA', mohon penjelasan / If 'YES' please provide details:

Jenis Pembedahan / Type (s) of Surgery (s)	Indikasi Medis Pembedahan / Medical Indication of Surgery	Perkiraan Tanggal Pembedahan / Tentative date (s) of Surgery (dd/mm/yyyy)

## G. PERNYATAAN DOKTER / MEDICAL PRACTICIONARE DECLARATION

Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya adalah Dokter yang merawat Pasien ini dan Saya memberikan keterangan dengan lengkap dan benar sesuai dengan pengetahuan yang Saya miliki dan sesuai dengan kondisi Pasien pada saat perawatan/ I Hereby declare that I am the Doctor who treats this Patient and I provide the correct information in accordance with the knowledge I have and in accordance with the Patient's condition at the time of Treatment.

Tanggal / Date:  /  /  (DD/MM/YYYY)

Tandatangan Dokter & Stempel Rumah Sakit / Klinik  
(Doctor's Signature and Hospital or Clinic's stamp:

Nama / Name: \_\_\_\_\_  
SIP (Licence Number): \_\_\_\_\_