

PENTING : a. Tidak menandatangani formulir ini dalam keadaan kosong dan pastikan semua terisi lengkap dan benar
 b. Apabila terjadi kesalahan penulisan, mohon tidak menghapus melainkan mencoret dan memberikan paraf disebelahnya

Nama pasien : _____
 No Rekam Medis : _____
 Tanggal lahir pasien : _____

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

Apakah pasien dirawat inap ?
 Ya, indikasi rawat inap :
 Tidak, Apakah pasien mendapatkan perawatan di ruang gawat darurat ?
 Ya, Diagnosa penyakit : _____
 Tindakan yang dilakukan : _____
 Tidak

Tanggal Perawatan: : (tgl/bln/thn)

Diagnosa Akhir Rawat inap : _____

ICD-10 (Diagnosa) : _____

Gejala/ Anamnesa pada saat masuk RS dan Riwayat Penyakit : _____

Mohon sebutkan dan melampirkan pemeriksaan penunjang (hasil Lab, Rontgen, Hasil PA, CT Scan, dll) sehubungan dengan diagnosa diatas :

Mohon sebutkan pengobatan atau tindakan sehubungan dengan diagnosa diatas :

Lama pasien menderita penyakit tersebut sejak : (tgl/bln/thn)

Tanggal pertama kali pasien menderita penyakit tersebut : (tgl/bln/thn)

Tanggal pertama kali pasien diperiksa penyakit tersebut : (tgl/bln/thn)

Tanggal terakhir pasien diperiksa untuk penyakit tersebut : (tgl/bln/thn)

Nama dan alamat Dokter/ RS/ Fasilitas Kesehatan yang merujuk (jika ada) : _____

Bagaimana kondisi pasien saat setelah perawatan Rumah Sakit :

Hidup
 Meninggal,
 Tanggal meninggal dunia : (tgl/bln/thn)

Diagnosa penyebab dasar kematian : _____

ICD-10 (Diagnosa) : _____

atau kondisi saat masuk RS : DOA (Death on Arrival), mohon informasi perkiraan oleh Dokter sebab meninggalnya atau berdasarkan dari Visum et Repertum yang dokter lakukan:

Diagnosa diatas berhubungan dengan	- Kelainan bawaan sejak lahir	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
	- Penyakit kejiwaan	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
	- Kelainan Tumbuh kembang	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
	- Kehamilan	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
	- Kecelakaan	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak

RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

Apakah ada penyakit lain yang pernah diderita ? Ya, (mohon penjelasannya) Tidak

Tanggal Perawatan	Diagnosa	Diderita Sejak	Nama Dokter yang merawat	Nama Rumah Sakit

Mohon informasi lainnya yang menurut Dokter dapat membantu untuk menganalisa case ini secara medis (jika ada) :

Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap, jelas dan benar menurut sepengetahuan saya dari catatan medis Pasien.

 Tempat & Tanggal

 Tandatangan & Nama Dokter

 Cap Rumah Sakit