



UNIVERSITAS KRISTEN PETRA

Jl. Siwalankerto 121-131, Surabaya 60236. Email: admisi@petra.ac.id

FORMULIR CATATAN KESEHATAN

UNTUK KEGIATAN KEMAHASISWAAN

Yang terkasih, para Mahasiswa UK Petra dan Orang tua /Wali,

Mohon mengisi **Formulir Catatan Kesehatan** ini dengan lengkap dan akurat, sesuai dengan KONDISI SAAT INI. Mohon untuk setiap jawaban “Ya” diberikan penjelasan di bagian “Keterangan” di bagian akhir form ini. Formulir Catatan Kesehatan ini akan menjadi informasi, data dan acuan bagi PANITIA DIVISI KESEHATAN dalam memberikan layanan kesehatan dalam berkegiatan.

HARAP DIISI LENGKAP DENGAN HURUF KAPITAL YANG JELAS TERBACA

Nama Lengkap : _____

No Ujian / NRP(*) : _____ / _____ (NRP jika sudah ada)

Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan

Tempat / Tgl. Lahir : _____

Berat Badan : _____ Tinggi Badan : _____

Alamat Asal : _____

No. Telepon : _____ No. HP : _____

Alamat di Surabaya : _____

Orang Tua / Wali (yang dapat dihubungi jika terjadi keadaan mendesak / darurat)

Nama : _____

Alamat : _____

No. Telepon : _____ No. HP : _____

Apakah mahasiswa **pernah** mempunyai, atau **sedang** mengalami sakit atau kondisi berikut ?

Berikan tanda (✓) pada kolom yang tersedia. Untuk setiap jawaban “Ya” diberikan penjelasan di bagian “Keterangan”.

Ya	Tidak	
		Sejarah keluarga: sakit jantung atau stroke
		Reaksi atas obat, makanan, sengatan
		Penyakit kelamin
		Masalah kulit (psoriasis, eczema/dermatitis)
		Alergi musiman (hay fever/seasonal allergies)
		Tekanan darah tinggi atau stroke
		Sering sakit kepala atau Sakit Kepala parah, Migrain
		Masalah gigi dan/atau gusi
		Epilepsy (ayan), kejang-kejang
		Kehilangan kesadaran, pingsan
		Tumor/ kista/ benjolan abnormal / kanker
		Luka pada kepala, gegar otak
		Mengunjungi cardiologist (spesialis jantung)
		Sakit di dada (chest pain) Dada terasa ditekan (chest pressure) Atau palpitations (berdebar-debar)
		Masalah Jantung (bising jantung, kelainan irama, peredaran darah, dll)
		Nafas pendek saat olahraga/latihan
		Asma / Kesulitan bernafas
		Batuk kronis, sakit paru-paru, TBC
		Diabetes atau masalah gula darah
		Masalah pencernaan, liver (hepatitis) atau kandung empedu
		Penyakit Usus (Crohns, UC, reflux, dll)
		Muntah darah
		Wasir, berak darah, sakit usus besar
		Gangguan pada ginjal, kandung kemih, Infeksi saluran kencing, tdk bisa tahan kencing/berak
		Gangguan keseimbangan / koordinasi
		Vertigo atau claustrophobia (phobia ruang sempit & tertutup)

Ya	Tidak	
		Gangguan Makan (anorexia, bulimia, dll)
		Gangguan pada mata
		Menggunakan kacamata / lensa kontak
		Gangguan pendengaran, Infeksi telinga
		Gagap
		Infeksi sinus
		Menggunakan penyangga tulang/sendi, atau menggunakan Splint
		Gangguan tenggorokan atau gondok
		Laki-laki: Gangguan testis, zakar, penis
		Perempuan: Gangguan mens, payudara, paps
		Lemah otot, lumpuh
		Pernah operasi / konsultasi operasi
		Gangguan Sendi (dislokasi, terkilir, rematik)
		Gangguan tulang (termasuk pernah terjadi retak dalam 5 tahun terakhir)
		Pemakaian pin besi, pelat atau kawat yg terpasang pada tulang yang patah
		Gangguan pada mulut atau hidung
		Sakit punggung / leher (parah / berulang)
		Percobaan atau pemikiran unt bunuh diri
		Pendarahan /memar abnormal /kelainan darah
		Gangguan kejiwaan (bipolar disorder, schizophrenia, psychosis)
		Depresi
		Mengunjungi psikolog atau psikiatris
		Polio
		ADD (attention Deficit disorder = tdk bisa fokus), kesulitan belajar
		Ada luka yang baru didapat
		Penyakit lain yang TIDAK tercantum diatas

Catatan: Untuk setiap jawaban “ya”, dapat dilampirkan copy keterangan dokter untuk membantu pihak poliklinik memahami kondisi mahasiswa saat dibutuhkan. Apabila masih dalam perawatan berkelanjutan wajib menyertakan surat keterangan dari dokter yang merawat.

Keterangan untuk setiap jawaban “Ya” diatas, dapat dituliskan di balik lembaran ini

Mengetahui,
Orang Tua / Wali

Yang menyatakan,

Materai
6000