

FORMULIR RAWAT JALAN PASIEN

No. Rekam Medis

Poli Yang Dituju	:	<div>Cara Kunjungan <input type="checkbox"/></div> <div>1. Datang Sendiri 2. Rujukan Rumah Sakit Lain 3. Rujukan PUSKESMAS 4. Dikirim Dokter/Klinik 5. Lainnya</div> <div>Cara Pembayaran <input type="checkbox"/></div> <div>1. Bayar Sendiri 2. JPKM 3. Kartu Sehat 4. BPJS 5. Lainnya</div>
Nomor Registrasi	:	
Nama Pasien	:	
Jenis Kelamin	:	
NIK	:	
Tempat/Tanggal Lahir	:	
Usia	:	
Alamat	:	
Kota/Kabupaten	:	
Desa/Kecamatan	:	
RW	:	
RT	:	
No Hp	:	
Agama	:	
Pekerjaan	:	
Pendidikan	:	
Status Perkawinan	:	
Type Pasien	:	
Asal Pasien	:	
Tanggal Berobat	:	
Terakhir Dirawat	:	
Perawatan Ke	:	
Penunjang	:	

SURAT KETERANGAN DOKTER

UNTUK RAWAT JALAN

DATA PASIEN (DIISI OLEH DOKTER)

Nama Pasien	:	
Nomor E-KTP/Paspor	:	
Nomor Rekam Medis	:	
Tanggal Lahir	:	
Usia	:	
Alamat Rumah	:	

JIKA RAWAT JALAN KARENA PENYAKIT

Keluhan dan gejala yang menyebabkan masuk Rumah Sakit
Sejak kapan keluhan dan gejala tersebut pertama kali muncul

JIKA RAWAT JALAN KARENA KECELAKAAN

Tempat dan tanggal terjadinya kecelakaan	:	
Keadaan luka secara terperinci	:	
Kronologis terjadinya kecelakaan	:	

DATA KLINIS

Tanggal pertama kali gejala atau keluhan muncul	:	
Tanggal pertama kali terdiagnosa penyakit tersebut	:	
Tanggal Perawatan	:	
Diagnosa Medis dan ICD Code	:	
Penyebab Diagnosa tersebut	:	
Pengobatan atau tindakan yang diberikan	:	

Nama Tindakan Operasi	:	
Nama Dokter yang melakukan operasi	:	
Tanggal Operasi	:	
Hasil Pemeriksaan Fisik		
Tensi	<input type="text"/>	Nadi <input type="text"/> Suhu <input type="text"/> Pernapasan <input type="text"/> Kesadaran <input type="text"/>
Pemeriksaan penunjang yang dilakukan (Laboratorium , Radiologi, Elektoradiografi (EKG) dll. Dilampirkan		
Apakah perawatan ini atas permintaan pasien sendiri?		
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, Mohon Jelaskan :		

RIWAYAT PENYAKIT

Berhubungan dengan Kehamilan (Jika pasien Wanita)?
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, Mohon Jelaskan :
Berhubungan dengan Penyakit Kejiwaan?
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, Mohon Jelaskan :
Berhubungan dengan Penyakit Bawaan?
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, Mohon Jelaskan :
Berhubunga dengan Kosmetika
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, Mohon Jelaskan :
Merupakan Penyakit Kronis atau Episode Berulang?
<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak, Mohon Jelaskan :

Apakah Pasien ini menderita/memiliki Riwayat Penyakit yang berhubungan dengan Hipertensi, Diabetes Melitus (DM), Penyakit Jantung, Penyakit Paru-paru, Penyakit Hati, Narkotika, Human Immunodeficiency Virus (HIV), atau penyakit lainnya ?

☐ Ya ☐ Tidak, Diderita sejak :

Jika “Ya”, mohon sebutkan diagnosa riwayat penyakit

Apakah perawatan pasien ini berhubungan dengan Riwayat Penyakit di atas?

☐ Ya ☐ Tidak, Mohon Jelaskan :

Apakah sebelumnya dokter pernah memeriksa atau merawat pasien ini?

☐ Ya ☐ Tidak, Mohon Jelaskan :

PERNYATAAN DOKTER

Nama Dokter	:	
Spesialis	:	
Alamat Dokter atau Rumah Sakit	:	
No Handphone	:	
Ditandatangani di	:	
Tanggal	:	

DOKTER

CAP RUMAH SAKIT

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