

## RIWAYAT PASIEN

Nama : .....  
Jenis Kelamin : Laki - Laki  
Tanggal Lahir : 6 - 11 - 2006 Jam : 10<sup>46</sup>

### Nama Orang Tua

Ayah : Tn. Taufiq Edy. S.  
Pekerjaan : Swasta  
Alamat Kantor : .....  
Ibu : Ny. Sarini A.  
Pekerjaan : .....  
Alamat Kantor : .....  
Alamat Rumah : Jln. H. Bona RT 02/01 no: 26  
Desa Liman Depok  
Telpon : .....

### Riwayat Persalinan

Dokter Kebidanan : Dr. Ari. K SpOG  
Jenis Persalinan : P.Sc Nilai Apgar : 6/9  
Berat/Panjang Badan : 3800 g/ 50 cm  
Lingkar Kepala/Dada : B cm/ ⊕ cm  
Golongan Darah : B RH ⊕ G6PD  
Hb : ..... HT : ..... T4 : .....

## RIWAYAT PADA MASA NEONATAL

	Ya	Tidak
ASI/Breast Fed	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kuning/Jaundice	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Kejang/Neonatal Fit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Defisiensi enzim G6PD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkompatibilitas ABO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terapi Sinar/Phototherapy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfusi tukar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hipoglikemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sindrom gangguan pernafasan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cacat bawaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lain-lain .....		
Kadar bilirubin tertinggi..... mg/dl waktu pulang	<i>Altot = 10,2</i> <i>Direct = 1,2 mg/dl.</i> <i>Indirect = 9</i>	
Pulang dari RS/RB tanggal .....	<i>9-11-2006</i>	
Berat saat pulang :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> gram	
ASI	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Susu Formula	<input checked="" type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak
Tanggal Kontrol .....	<i>11-11-2006 jam 10<sup>00</sup></i> <i>di Poliklinik</i>	

## NASEHAT PULANG

1. Pusat dikompres dengan kasa alkohol 70% sampai puput dan kering; 2 kali sehari pagi dan sore.
2. Bayi dimandikan setiap hari dengan air hangat.
3. Memberi minum secara teratur tiap 3 jam. Selesai minum susu diberi air putih masak pakai sendok teh 10 cc, supaya mulut tetap bersih.
4. Bila ada sinar matahari pagi, bayi dijemur telanjang, mata dan alat kelamin ditutup. Kepala membelakangi sinar matahari. Waktu antara jam 07.00 - 09.00 selama 10 - 30 menit. Tempat teras rumah.
5. Bawalah bayi Anda untuk pemeriksaan secara teratur ke dokter anak/bidan.
6. Therapy : Ureapalk 3x1

.....  
.....



# JADWAL IMUNISASI YANG DIANJURKAN

JENIS	TGL. (UMUR) DIBERIKAN
BCG	I. sebelum 3 bulan ✓
DIFTERI PERTUSSIS TETANUS } DPT	I. 3 bulan atau lebih ✓ II. 4 bulan atau lebih ✓ III. 5 bulan atau lebih ✓ IV. 1 tahun 6 bulan atau lebih V. 5 tahun atau lebih
POLIO	I. 3 bulan atau lebih ✓ II. 4 bulan atau lebih ✓ III. 5 bulan atau lebih ✓ IV. 1 tahun 6 bulan atau lebih ✓ V. 5 tahun atau lebih
CAMPAK / MEASLES	I. 9 bulan atau lebih ✓
MEASLES MUMPS/GONDONGAN RUBELLA } MMR	I. 1 tahun 3 bulan atau lebih
DEMAM TIFOID DEMAM PARATIFOID } TIPA	I. 1 tahun 3 bulan atau lebih II & III selang 1 bulan ✓
HEPATITIS B	I. waktu lahir atau lebih* ✓ II. ) ✓ III. ) menurut keadaan IV. )
H I B	I. ) 6 bulan ✓ II. ) 7 bulan ✓ III. ) 12 bulan ✓

Secepatnya

# CATATAN IMUNISASI

JENIS	TGL. (UMUR) DIBERIKAN
BCG	I. 18/12 06.
DIFTERI PERTUSSIS TETANUS ] DPT <i>combo</i>	I. 2/1-07 II. 16/2-07 III. 12/5 07 IV. V.
POLIO	I. 2/1-07 II. 16/2-07 III. 2/5 07 IV. 20/5 08 V.
CAMPAK / MEASLES	I. 19/8-07
MEASLES MUMPS/GONDONGAN RUBELLA ] MMR	I.
DEMAM TIFOID DEMAM PARATIFOID ] TIPA	I. 2/2-08 II & III 5/3-08
HEPATITIS B	I. 11. 11.2006 . II. 12/5/07 III. IV.
HIB	I. 15/6/07 II. 13/7/07 III. 10/11/07

# CATATAN

TGL.	UMUR	BB	PEMERIKSAAN	PENGOBATAN
11/11/06			Leher	Dep & I