

# SURAT RUJUKAN DOKTER



Sayang Koordinator Kekuatan untuk Kehidupan™,

Saya merekomendasikan pasien/klien saya untuk mengikuti program pelatihan kekuatan Strength for Life™ yang dipantau dan menggabungkan format resistensi progresif.

## JENIS PENYEDIA:

Tingkat Satu - Ahli fisiologi olahraga dan fisioterapis  
Tingkat Dua - Profesional kebugaran yang telah menyelesaikan kursus pelatihan lanjutan SFL™.

## PERSYARATAN UNTUK REFERENSI

Siapa pun yang berusia di atas 50 tahun atau mereka yang berusia di atas 40 tahun yang menyandang disabilitas.

## PETUNJUK REFERENSI

1. Mereka yang memiliki tiga atau kurang faktor risiko tingkat rendah harap merujuk ke Penyedia Tingkat Dua.
2. Mereka yang memiliki kondisi kronis, memerlukan rehabilitasi cedera atau empat atau lebih faktor risiko dirujuk ke Penyedia Tingkat Satu.

## DETAIL PESERTA

Judul (Nona, Nyonya, Nyonya, Tuan): \_\_\_\_\_ Nama: \_\_\_\_\_  
Alamat: \_\_\_\_\_  
Pinggiran kota: \_\_\_\_\_ Kode Pos: \_\_\_\_\_  
Tanggal lahir: \_\_\_\_\_ Usia: \_\_\_\_\_ Jenis kelamin: ☐ -Pria ☐ -Perempuan

## TEKANAN DARAH

Tekanan darah: \_\_\_\_\_ Tanggal Diuji: \_\_\_\_\_

## KONDISI MEDIS

Silakan centang kotak yang sesuai.

<input type="checkbox"/> Hipertensi	<input type="checkbox"/> Bedah Terbaru	<input type="checkbox"/> Gangguan Penglihatan	<input type="checkbox"/> Penyakit jantung
<input type="checkbox"/> Radang sendi	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Cedera Otak/Tulang Belakang	<input type="checkbox"/> Kolesterol Tinggi
<input type="checkbox"/> Gangguan neurologis	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Nyeri otot	<input type="checkbox"/> Epilepsi/kejang
<input type="checkbox"/> Kelelahan kronis	<input type="checkbox"/> Jatuh/Saldo Buruk	<input type="checkbox"/> Kanker	<input type="checkbox"/> Patah tulang

## RIWAYAT KESEHATAN/ PENGOBATAN SAAT INI

Harap lampirkan ringkasan riwayat kesehatan dan pengobatan terkini. Silakan jelaskan di catatan jika diperlukan.

## CATATAN

3. \_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_

Silakan centang salah satu hal berikut mengenai kemajuan pasien Anda:

☐

Ya, saya ingin selalu mendapat informasi tentang perkembangan klien/pasien

-Tidak, saya tidak ingin terus diberitahu tentang perkembangan klien/pasien

Tanda tangan: \_\_\_\_\_

Tanggal: \_\_\_\_\_

#### JENIS REFERRAL (Silakan centang satu kotak):

-**Tingkat Satu**- kelas yang disediakan oleh Ahli Fisiologi Latihan dan Fisioterapis

-**Tingkat Dua**- kelas yang disediakan oleh Profesional Kebugaran yang telah menyelesaikan kursus pelatihan lanjutan Strength for Life™.

-**Tingkat Senior yang Bekerja**- bagi Lansia yang perlu hadir di luar jam kerja standar. Pasien harus mampu berpartisipasi dalam lingkungan Tingkat Dua tanpa pengawasan.

#### REFERENSI RINCIAN ORGANISASI ATAU PUSAT

Nama Pusat Medis:

Alamat Pusat Referensi:

Nama orang yang merujuk:

Nomor kontak:

Nomor fax:

Alamat email:



UNTUK KLARIFIKASI HUBUNGI

COTA (WA)  
Telp : (08) 9472 0104 / Faks : (08) 9253 0099  
[sfl@cotawa.org.au](mailto:sfl@cotawa.org.au)