KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN
RUMAH SAKIT UMUM PUSAT (RSUP) SURAKARTA
Jalan Prof. Dr. R. Soeharso No. 28 Surakarta 57144 Telepon 0271-713055/720002
surat elektronik: rsupsurakarta@kemkes.go.id; info.rsupsurakarta@gmail.com; bbkpmska.com

SERTIFIKAT MEDIS PENYEBAB KEMATIAN

No Surat : RS.01.01/D.XXXI.1.3.6/1541/2024
Bulan/Tahun kematian : ☐☐ / ☐☐ Nama RS/PKM : RSUP SKA No. RS/PKM : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
No. Urut Pencatatan Kematian tiap bulan : ☐☐☐ No. Rekam Medis : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

IDENTITAS JENAZAH :

1. Nama : ..... INITIAL : .....
2. NIK : .....
3. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Wanita
4. Tempat/Tanggal lahir : ..... Tanggal ..... Bulan ..... Tahun .....
5. Pendidikan : 1. Tidak Sekolah 2. SD 3. SLTP 4. SLTA 5. Akademi 6. Sarjana
6. Pekerjaan : 1. Tidak Bekerja 2. Sekolah 3. TNI/Polri 4. PNS 5. Petani 6. Wiraswasta 7. Nelayan 8. Buruh 9. Lainnya : .....
7. Alamat sesuai KTP/KK : Jalan : ..... No : ..... RT/RW : .....
   Kelurahan : ..... Kecamatan : .....
   Kota / Kab : ..... Kode Pos : ..... Telp : .....
8. Status Kependudukan : 1 Penduduk Tetap 2 Bukan Penduduk Tetap

024/10/16/000138
.M : 170100 Tgl.Lhr : 06/09/1957
lama : SUKIMAN (67 Th)
IK : 3311020609570002
L. RAWA BEBEK 19/11,
ENJARINGAN, PENJARINGAN, KOTA

YANG BERSANGKUTAN DINYATAKAN TELAH MENINGGAL DUNIA

9. Waktu Meninggal : Tanggal 19 Bulan 03 Tahun 2024 Pukul 03.00
10. Umur Saat Meninggal : 1 Lahir Mati 1 Ya 2 Tidak
    2 < 28 hari ..... Hari
    3 29 hr s/d 5 thn ..... Bulan
    4 > 5 thn 67 Tahun
11. Bila yang meninggal wanita usia 10-54 tahun, almarhumah dalam keadaan .....
    1 Hamil 2 Bersalin 3 Nifas (42 hari setelah melahirkan / abortus) 4 Lainnya
    Lama Dirawat : ..... jam (kurang 1hari)/..... hari
12. Tempat Meninggal : 1 Rumah Sakit 2 Rumah 3 DOA 4 Lainnya
13. Dasar Diagnosis : 1 Rekam Medis 2 Autopsi Verbal 3 Autopsi Forensik
14. Kelompok Penyebab Kematian *(lingkari salah satu)*

PENYAKIT/GANGGUAN
1. Penyakit Khusus *)
2. Penyakit Menular
3. Penyakit Tidak Menular
4. Gangguan Maternal (kehamilan/persalinan/nifas)
5. Gangguan Perinatal (0-6 hr)
6. Gejala, tanda dan kondisi lainnya

CEDERA *)
7. Kecelakaan lalu lintas
8. Kecelakaan kerja
9. Cedera lainnya

15. Rencana Pemulasaraan :
    1 Dikubur Tanggal..... Bulan..... Tahun.....
    2 Dikremasi Tanggal..... Bulan..... Tahun.....
    3 Transportasi ke luar kota Tanggal..... Bulan..... Tahun.....
    4 Transportasi ke luar negeri Tanggal..... Bulan..... Tahun.....

Pihak yang Menerima,

Nama Jelas : Ipan Tri. A
Hub dengan almarhum/ah :

Surakarta, 19/03/2024
Dokter yang menerangkan,

Nama Jelas : dr. Novia
Jabatan dan Cap Instansi

PENYEBAB KEMATIAN BERDASARKAN ICD-10			Selang waktu terjadinya penyakit sampai meninggal				ICD 10 (Diisi Petugas Kode)
Kematian Umur 7 (tujuh) hari keatas,			Tahun	Bulan	Hari	Jam	
1	Penyebab langsung	a) Infarc. miocard *sebagai akibat dari*					
	Penyebab antara	b) Hipertensi kard. dextra *sebagai akibat dari*					
		c) *sebagai akibat dari*					
	Penyebab dasar	d)					
2	Kondisi lain yg berkontribusi tapi tidak terkait 1 a-d						
Kematian 0-6 (enam) hari, termasuk lahir mati.							
1	Penyebab Utama Bayi						
	Penyebab Lain Bayi						
2	Penyebab Utama Ibu						
	Penyebab Lain Ibu						

Dokter yang mendiagnosa,

Nama Jelas : dr. Novia
Jabatan dan Cap Instansi

*) *Jenazah memerlukan perlakuan khusus*
**) *Jika penyebab kematian karena cedera, form SMPK diisi setelah prosedur baku selesai*

Lembar 1- Putih : Untuk Keluarga Lembar 2 - Kuning : Untuk Dinas Kesehatan Lembar 3 - Merah : Untuk Arsip