SERTIFIKAT MEDIS PENYEBAB KEMATIAN

No Surat : RS.01.01/D.XXXI.1.3.6/1278/2024
Bulan/Tahun kematian : ☐☐ / ☐☐ Nama RS/PKM : RSUP Sumurwaru No. RS/PKM : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐
No. Urut Pencatatan Kematian tiap bulan : ☐☐☐ No. Rekam Medis : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

IDENTITAS JENAZAH

2024/08/29/000392
RM : 151499 Tgl.Lhr : 31/12/197
Nama : SUMARMI (53 Th)
NIK : 3311127112700050
PONORAGAN RT.03/04, GONILAN, KARTASURA, KAB. SUKOHARJO

1. Nama : ..... INITIAL : .....
2. NIK : .....
3. Jenis Kelamin : .....
4. Tempat/Tanggal la ..... 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

YANG BERSANGKUTAN DINYATAKAN TELAH MENINGGAL DUNIA

9. Waktu Meninggal : Tanggal 3 Bulan 9 Tahun 2024 Pukul 00.04 WIB
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 53 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. (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.....

Surakarta, 31/..../2024
Dokter yang menerangkan,

Pihak yang Menerima,

Nama Jelas : Ny. SUDYANTA
Hub dengan almarhum/ah : Istri

Nama Jelas : dr. Maritz P
Jabatan dan Cap Instansi

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA DIREKTORAT JENDERAL PELAYANAN KESEHATAN

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) Syok hipovolemik	*sebagai akibat dari*					
	Penyebab antara	b) hematemesis	*sebagai akibat dari*					
		c)	*sebagai akibat dari*					
	Penyebab dasar	d) Ensefalopati hepatikum						
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. Maritz P
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