

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: P. F. OL. O. 10. +7+1.1.3.6 /1550/2024 **IDENTITAS JENAZAH:** 1. Nama 167948 INITIAL: 2. NIK 3313130101600001 SINGAT (L) 3. Jenis Kelamin : 01-01-1960 / 64 Th 01-01-1960 / 64 Th JETAK RT 003 RW 003, WONOREJO, GONDANGREJO, KAB. KARANGAN YAR 3. SLTP 4. SLTA 5. 3. TNI/Polri 4. PNS 5. 4. Tempat/Tanggal lahi 5. Pendidikan : Akademi 6. Sarjana 6. Pekerjaan 6. Wiraswasta Petani 9. Lainnya:.... 7. Nelayan Alamat sesuai KTP/KK : Jalan : No : RT/RW : Kecamatan Kota / Kab : Telp : Telp : 1 Penduduk Tetap 2 Bukan Penduduk Tetap 8. Status Kependudukan: ---YANG BERSANGKUTAN DINYATAKAN TELAH MENINGGAL DUNIA-----Tanggal...... Bulan...... Tahun 2024. Pukul 05 02 9. Waktu Meninggal: 1 Lahir Mati 1 Ya 2 Tidak 10. Umur Saat Meninggal: 2 < 28 hari Hari 3 29 hr s/d 5 thn Bulan 4 > 5 thnTahun 11. Bila yang meninggal wanita usia 10-54 tahun, almarhumah dalam keadaan 1 Hamil 2 Bersalin 3 Nifas (42 hari setelah melahirkan / abortus) Lama Dirawat : jam (kurang 1hari)/..... hari 12. Tempat Meninggal:1Rumah Sakit2Rumah3DOA4Lainnya13. Dasar Diagnosis:1Rekam Medis2Autopsi Verbal3Autopsi Verbal 3 Autopsi Forensik 14. Kelompok Penyebab Kematian (lingkari salah satu) PENYAKIT/GANGGUAN CEDERA *) Penyakit Khusus *) 4. Gangguan Maternal (kehamilan/persalinan/nifas) 7. Kecelakaan lalu lintas Penyakit Menular 5. Gangguan Perinatal (0-6 hr) 8. Kecelakaan kerja 3. Penyakit Tidak Menular 6. Gejala, tanda dan kondisi lainnya 9. Cedera lainnya 15. Rencana Pemulasaraan: Dikubur Tanggal..... Bulan..... Tahun..... Dikremasi Bulan..... 2 Tanggal..... Tahun..... Transportasi ke luar kota 3 Tanggal..... Bulan..... Tahun..... Transportasi ke luar negeri Tanggal..... Bulan..... Tahun..... Surakarta,/ 1024 Dokter yang menerangkan, Pihak yang Menerima, Nama Jelas : Nama Jelas ; Hub dengan almarhum/ah: Jabatan dan Cap Instansi PENYEBAB KEMATIAN BERDASARKAN ICD-10 Selang waktu terjadinya penyakit **ICD 10** sampai meninggal (Diisi Petugas Kematian Umur 7 (tujuh) hari keatas, Kode) Tahun Bulan Hari Jam Penyebab langsung sebagai akibat dari Penyebab antara b) 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. Penyebab Utama Bayi Penyebab Lain Bayi

*) Jenazah memerlukan perlakuan khusus

Penyebab Utama Ibu Penyebab Lain Ibu

**) Jika penyebab kematian karena cedera, form SMPK diisi setelah prosedur baku selesai

Dokter yang mendiagnosa,

Nama Jelas :

Jabatan dan Cap Instansi