



Jl. Cendrawasih No. 1 Komplek Kemhan Mabes TNI
Slipi, Jakarta Barat 11480 - INDONESIA
Telp. (021) 5308981 - 84

Yale U
Library BMS

Jakarta, 01 / 04 / 23 20

Kepada

Yth. Teman Sejawat

WSN4 Kunst

Dengan hormat,

Mohon Konsul / perawatan selanjutnya Penderita

No. RM :

Tgl. Lahir :

Diagnosa :

Terapi yang telah diberikan

Terima kasih

Wassalam

Dr. Putra Aquino
No. SIM: 3402.15045

Nama Istri

680493
IRMA SURYANI
24 April 1983

Nama Suami

OBSTETRI

Janin : Intra / Ekstra uterin

Gs : mm FE : FHM : CRL : mm - minggu

Presentasi :

BPD : mm - minggu

FL : mm - minggu

AC : mm - TBJ gram

Implantasi Plasenta

Grade : Indeks air ketuban :

Jenis kelamin : L / P Kelainan kongingental mayor : + / -

GINEKOLOGI

Uterus :

UT AF membesar, cavum uteri berisi kantung gestasi $\varnothing 3,2 \times 2,4$ cm
Gepeng berisi fetal echo CRL: 1,4 cm, yacach diameter 0,5 cm
Tidak tampak tanda kehidupan, miometrium homogen
Endoservix & portio dalam batas normal.

Ovarium / Adneksa :

OV kanan normal

OV kiri membesar kistik unilokuler $\varnothing 4,0 \times 3,9$ cm

Lain-lain :

Simpulan :

Kematiian mudigah
Kista lutein ov kiri

Saran :

Jakarta,

Pemeriksa

dr. NS. YANNY F. ZEGA SKEP
SONOGRAFER

Surat Rujukan FKTP

No. Rujukan : 090405000423Y000782
FKTP : KEC. KEBON JERUK(09040500)
Kabupaten / Kota : KOTA JAKARTA BARAT(0115)



Kepada Yth. TS Dokter : OBGYN
Di : RS PATRIA IKKT

Mohon pemeriksaan dan penanganan lebih lanjut pasien :

Nama : Irma Suryani Umur : 40 Tahun : 24-Apr-1983
No. Kartu BPJS : 0001654317876 Status : ☐ 1 Utama/Tanggungan ☐ P (L / P)
Diagnosa : Corpus luteum cyst (N83.1)
Telah diberikan : Catatan :

Atas bantuannya, diucapkan terima kasih

Tgl. Rencana Berkunjung : 03-Apr-2023

Jadwal Praktek : Senin : 10:00 - 13:00, 13:00 - 15:00;18:00 - 21:00

Surat rujukan berlaku 1[satu] kali kunjungan, berlaku sampai dengan : 01-Jul-2023



SURAT RUJUKAN BALIK

Teman sejawat Yth.
Mohon kontrol selanjutnya penderita :

Nama : Irma Suryani
Diagnosa :
Terapi :

Tindak lanjut yang dianjurkan

☐ Pengobatan dengan obat- obatan :
☐ Kontrol kembali ke RS tanggal :
☐ Lain-lain :

☐ Perlu rawat inap
☐ Konsultasi selesai
.....tgl.....

Dokter RS,

(.....)