


| |
|--|
|  <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> <p style="margin: 0;">RUMAH SAKIT</p> <p style="margin: 0;">.....</p> </div> |
|--|

RINGKASAN PASIEN PULANG

DISCHARGE SUMMARY

| | |
|---|--|
| <u>No. Rekam Medis</u> : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <u>Tanggal Masuk RS</u> : <i>Admitted</i> |
| <u>Medical Record Number</u> | <u>Tanggal Keluar RS</u> : <i>Date of Discharge</i> |
| <u>Nama Pasien</u> : <i>Patient Name</i> | <u>Tanggal Keluar RS</u> : <i>Date of Discharge</i> |
| <u>Nama Orang Tua / Suami/ Istri</u> : <i>Family Name</i> | <u>Jenis kelamin</u> : <input type="checkbox"/> <u>Laki-laki</u> <input type="checkbox"/> <u>Perempuan</u> <i>Sex</i> <i>Male</i> <i>Female</i> |
| <u>Tanggal lahir</u> : <i>Date of Birthday</i> | <u>Kelas / Kamar</u> : <i>Class / Room</i> |
| Riwayat Kesehatan (<i>Medical History</i>) : | |
| Pemeriksaan Fisik (<i>Physical Examination</i>) : | |
| Pemeriksaan Diagnostik (<i>Other Examination Result</i>) : Laboratorium : _____ <input type="checkbox"/> Rontgen : _____ <input type="checkbox"/> CT Scan <input type="checkbox"/> MRCP <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> USG <input type="checkbox"/> EKG <input type="checkbox"/> CTG <input type="checkbox"/> Echocardiography <input type="checkbox"/> Treadmill <input type="checkbox"/> Gastroscopy <input type="checkbox"/> Colonoscopy <input type="checkbox"/> EMG <input type="checkbox"/> OAE <input type="checkbox"/> EEG <input type="checkbox"/> Lain-lain _____ | |
| Indikasi pasien dirawat inap (<i>Indication of Patient Treated</i>): | |
| Diagnosis Primer (<i>Primary Diagnose</i>) : | Kode ICD 10 : |
| Diagnosis Sekunder & Diagnosis Penyerta (<i>Secondary Diagnose & Comorbid Diagnose</i>) : | Kode ICD 10 : |
| Prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan (<i>therapeutic procedures and actions</i>): | Kode ICD 9 CM : |
| Komorbiditas Pasien (<i>Comorbid of patient</i>) : | |
| Obat yang diberikan saat dirawat (nama obat, sediaan, dosis, rute dan satuan) <i>In patient Therapy (medicine name, medicinal preparation, dose, route and unit):</i> | |

Obat yang diberikan setelah pasien keluar rumah sakit (nama obat, sediaan, dosis, rute dan satuan) :

Kondisi Pasien (Status Present) :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pulang atas indikasi medis <i>Accord on Medical Indication</i> | <input type="checkbox"/> Pulang atas permintaan sendiri <i>Accord on Patient Request</i> | <input type="checkbox"/> Pulang kondisi khusus <i>Accord on special condition</i> |
| <input type="checkbox"/> Pindah/ Rujuk ke RS lain <i>Referred to Another Hospital</i> | <input type="checkbox"/> Meninggal <i>Death</i> | <input type="checkbox"/> Lain-lain <i>Other</i> |
| <input type="checkbox"/> Pulang tanpa Ijin | | |

Keadaan saat pulang : KU: _____, Kesadaran: _____, TD: _____ mmHg, Nadi: _____ x/ mnt,
Suhu : _____ ° C Pernafasan: _____ x/ mnt

Mobilisasi saat pulang : ☐ Mandiri ☐ Dibantu sebagian ☐ Dibantu penuh ,Alat bantu : ☐ Tongkat ☐ Kursi roda ☐ Brancard
☐ Walker ☐ Lain-lain _____

Alat Kes. yang terpasang : ☐ Tidak ada ☐ IV catheter ☐ Dobel lumen ☐ NGT ☐ Oksigen ☐ Catheter urine ☐ lain-lain _____

Instruksi/ Tindak Lanjut (Instruction/ Follow Up/ Medical Advice) : Rencana Kontrol Tgl & jam : _____

Perawatan dirumah: ☐ Tidak ☐ Ada ☐ Home visite/Care ☐ Perawatan lanjutan ☐ Perawatan luka ☐ Pengobatan lanjutan
☐ Fasilitas kesehatan yang terdekat dirumah _____

Rencana pemeriksaan penunjang : ☐ Laboratorium ☐ Radiologi ☐ Lain –lain _____

Kebutuhan Edukasi : ☐ Penyakit ☐ Obat dan efek samping obat ☐ Diet ☐ Aktifitas dan istirahat dirumah ☐ hygiene
☐ Perawatan luka dirumah ☐ Perawatan ibu dan bayi ☐ Nyeri
☐ Pertolongan mendesak _____
☐ Lain-lain _____

Penyakit Berhubungan Dengan (Related Diseases) :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> <u>Kelainan Bawaan/ Kongenital</u> <i>Congenital Disorders</i> | <input type="checkbox"/> <u>Kesuburan/kehamilan</u> <i>Fertility/Pregnancy</i> | <input type="checkbox"/> <u>Gangguan hormonal</u> <i>Hormonal Disorder</i> |
| <input type="checkbox"/> <u>Gangguan Mental</u> <i>Mental Disorders</i> | <input type="checkbox"/> <u>Kecelakaan kerja</u> <i>Work Accident</i> | <input type="checkbox"/> <u>Kosmetik / Estetika</u> <i>Cosmetics / Estetics</i> |

Dengan ini saya menyatakan **MENGERTI** tentang penjelasan tentang riwayat kesehatan dan instruksi tindak lanjut yang di jelaskan oleh Dokter Penanggung Jawab Pasien (DPJP)

Jakarta ,.....

Penanggung Jawab Pasien / Keluarga

Tanda Tangan & Nama Jelas Dokter
Attending Doctors Name And Signature

Tanda Tangan Pasien & Keluarga
Attending Patient/ Family Name And Signature

(Ket: Lembar : 1 Arsip, 2 Asuransi, 3 Pasien)