



**Dharma  
Nugraha  
Hospital**  
ESTD 1996

**RUMAH SAKIT  
RUMAH SAKIT DHARMA**

**Jl. Balai Pustaka Baru No.19 Rawamangun**

RM 01.01.001

Rev. 4

**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"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<u>Tanggal Masuk RS</u> :	
Medical Record Number		Admitted	
<u>Nama Pasien</u> :		<u>Tanggal Keluar RS</u> :	
Patient Name		Date of Discharge	
<u>Nama Orang Tua / Suami/ Istri</u> :		<u>Jenis kelamin</u> :	<input type="checkbox"/> <u>Laki-laki</u> <input type="checkbox"/> <u>Perempuan</u>
Family Name		Sex	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
<u>Tanggal lahir</u> :		<u>Kelas / Kamar</u> :	
Date of Birthday		Class / Room	
Riwayat Kesehatan (Medical History) :			
Pemeriksaan Fisik (Physical Examination) :			
Pemeriksaan Diagnostik (Other Examination Result) :			
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 (Indication of Patient Treated):			
Diagnosis Primer ( Primary Diagnose) :		Kode ICD 10 :	
Diagnosis Sekunder & Diagnosis Penyerta ( Secondary Diagnose & Comorbid Diagnose) :		Kode ICD 10 :	
Prosedur terapi dan tindakan yang telah dikerjakan (therapeutic procedures and actions):		Kode ICD 9 CM :	
Komorbiditas Pasien (Comorbid of patient) :			
Obat yang diberikan saat dirawat (nama obat, sediaan, dosis, rute dan satuan) In patient Therapy (medicine name, medicinal preparation, dose, route and unit):			

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<br><i>Accord on Medical Indication</i> | <input type="checkbox"/> Pulang atas permintaan sendiri<br><i>Accord on Patient Request</i> | <input type="checkbox"/> Pulang kondisi khusus<br><i>Accord on special condition</i> |
| <input type="checkbox"/> Pindah/ Rujuk ke RS lain<br><i>Referred to Another Hospital</i>   | <input type="checkbox"/> Meninggal<br><i>Death</i>  | <input type="checkbox"/> Lain-lain<br><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><br><i>Congenital Disorders</i> | <input type="checkbox"/> <u>Kesuburan/kehamilan</u><br><i>Fertility/Pregnancy</i> | <input type="checkbox"/> <u>Gangguan hormonal</u><br><i>Hormonal Disorder</i>      |
| <input type="checkbox"/> <u>Gangguan Mental</u><br><i>Mental Disorders</i>                 | <input type="checkbox"/> <u>Kecelakaan kerja</u><br><i>Work Accident</i>          | <input type="checkbox"/> <u>Kosmetik / Estetika</u><br><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)