

RM 63

**SURAT KETERANGAN LAHIR**

**IDENTIFIKASI BAYI**

Yang bertandatangan dibawah ini :

Profesi : Dokter / Bidan / Perawat \*)

Nama :

Menerangkan bahwa kami telah menolong / rawat bayi :

Nama Bayi :

Jenis kelamin : Laki-laki / Perempuan

Agama :

Anak dari : Ibu :

No. KTP :

Ayah :

No. KTP :

Alamat Rumah :

No. RM Ibu :

Kelahiran ditolong pada : a. Hari

b. Tanggal ..............................................

c. Jam

d. Oleh

|  |  |
| --- | --- |
| Adalah kelahiran ke : |  |
| Kembar : |  |
| Panjang Badan : | |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  | CM |  |  | Lingkar Kepala : |  |  | CM | |
| Berat Badan : | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  | Gram | Nilai APGAR | : |  |  | / |  |  | |
| Tindakan : |  |
| Kelainan bawaan : |  |

\*)Coret yang tidak perlu 20

( ) Dokter Spesialis Anak



s

|  |  |
| --- | --- |
| **SIDIK KAKI KIRI** | **SIDIK KAKI KANAN** |
|  |  |
| **IBU JARI TANGAN KIRI IBU** | **IBU JARI TANGAN KANAN IBU** |
|  |  |

**SIDIK TELAPAK KAKI BAYI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Saksi – saksi :**   1. ……………………………………….. 2. ………………………………………..   **Keterangan :**  Dibuat rangkap 2 (dua)  Warna putih untuk orang tua bayi  Warna kuning untuk arsip di rumah sakit  Saksi salah satunya diambil dari pihak keluarga bayi | Diambil Di :……………………………………  Pada Tanggal :………………………………………  Pukul :………………………………………  ………………………………..…………… 20 ………  Petugas yang menolong  Dan mengambil sidik jari  ( ……………………………….. ) |