**RM 01**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| H:\FORM EDIT\Logo kota malang jawa timur.png | PEMERINTAH KOTA MALANG  DINAS KESEHATAN  **UPT PUSKESMAS RAMPAL CELAKET**  Jl. Simpang Kasembon No.5 Telp. (0341) 356380  [www.puskrampalcelaket.malangkota.go.id](http://www.puskrampalcelaket.malangkota.go.id) e-mail : [puskrampalcelaket@malangkota.go.id](mailto:puskrampalcelaket@malangkota.go.id)  MALANG Kode Pos : 65111 | H:\FORM EDIT\logo-puskesmas (1).png |

**PENGKAJIAN AWAL KLINIS**

No RM : ${no\_rm}

1. **IDENTITAS PASIEN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NAMA | : | ${nama\_pasien} | |
| NIK | : | ${nik} | |
| TANGGAL LAHIR | : | ${tgl\_lahir} | UMUR : ${umur} |
| JENIS KELAMIN | : | ${jk} | AGAMA : ${agama} |
| ALAMAT | : | ${alamat} rt. ${rt} rw. ${rw} kel. ${kel} | |
| PEKERJAAN | : | ${pekerjaan} | |
| KEPESERTAAN | : | ${cara\_bayar} | |
| NO. BPJS | : | ${no\_bpjs} | |
| NO. TELP | : | ${telepon} | |

1. **KAJIAN SOSIAL**

Isi dengan tanda (x) pada kolom yang sesuai

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Bahasa | : | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Indonesia |  | Daerah, sebutkan ……………. | |  | Inggris |  | Lainnya, sebutkan …………… | |
| Kebutuhan Penerjemah | : | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Ya, sebutkan jenis penerjemah ……………... |  | Tidak |   HGHGHJGHJGJGGKJGK |
| Pendidikan | : | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | SD |  | SMA |  | SARJANA | |  | SMP |  | D3 |  | Lainnya, sebutkan …………. | |
| Kemampuan baca tulis | : | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Baik |  | Kurang |   CNJCJSFSJSJFFKKKSFHSK |
| Pilihan tipe pembelajaran | : | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Verbal |  | Alat bantu, sebutkan ……………. | |  | Tulisan |  | Lainnya, sebutkan ………….. | |
| Hambatan edukasi | : | |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Tidak ada |  | Indra |  | Budaya |  | Kognitif | |  | Emosional |  | Bahasa |  | Fisik |  | Lainnya ……… | |
| Kesdiaan pasien menerima informasi | : | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Ya |  | Tidak, alasan …………………………. |   BFJAFJAFAFAJ |
| Kebutuhan pembelajaran pasien |  | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | Penyakit |  | Rawat luka |  | Diet & nutrisi | |  | Obat |  | Nyeri |  | Lainnya, sebutkan …………. |   BFSFJF |

1. **ANAMNESA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Keluhan Utama | : |  |
| Pengobatan yang sudah didapat | : |  |
| Riwayat penyakit dahulu | : |  |
| Riwayat penyakit keluarga | : |  |
| Riwayat alergi obat | : |  |

1. **PEMERIKSAAN FISIK**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kesadaran | : |  | | |
| Tanda-tanda vital | : | TD : …………………….mmHg | | Nadi : ………………….x/menit |
| RR : …………………….x/menit | | Tax : ………………….˚C |
| Antropometri | : | BB : …………………….Kg | | Lingkar Perut : ……………….. |
| TB : …………………….cm | | IMT : …………………………… |
| Kepala | : | Mata :…………………. | | Tenggorokan : ………………... |
| Telinga :…………………. | | Leher : ………………… |
| Hidung : ………………… | | Lainnya : ………………… |
| Kelenjar & KGB | : |  | | |
| Dada | : | Lingkari Jawaban yang sesuai | | |
| Paru | 1. Suara nafas ronchi | |
| 1. Suara nafas wheezing | |
| 1. Tidak ditemukan kelainan | |
| 1. Lainnya …………………. | |
| Jantung | 1. Suara jantung normal | |
| 1. Suara jantung tidak normal | |
| 1. Lainnya ……………………… | |
| Perut | : |  | | |
| Ekstremitas | : |  | | |
| Oedema | : |  | | |

Malang, ………………………….

Petugas

(…………………………………..….)