



SURAT KETERANGAN DOKTER_KETIDAKMAMPUAN TOTAL
ATTENDING PHYCISIAN'S STATEMENT_TOTAL DISABILITY

Untuk diisi dengan lengkap oleh Dokter yang merawat

To be filled in by the attending physician

Nama Pasien :

Name of the Pasien

Tanggal Lahir : / / (tgl/bln/thn)/(dd/mm/yyyy)

Date of Birth

Jenis Kelamin : Laki-laki/Male Perempuan/Female

Sex

Tanggal Perawatan : / / s.d/to / /

Date of hospitalization (tgl/bln/thn) (dd/mm/yyyy) (tgl/bln/thn) (dd/mm/yyyy) hari/days

Apakah perawatan diatas berhubungan dengan kecelakaan? Ya/Yes Tidak/No

Does the above treatment related to accident?

Apakah pasien memiliki riwayat penyakit berikut?

Has this patient have the history of the disease?

Kondisi Medis <i>Medical Condition</i>	Riwayat <i>History</i>	Diagnosa <i>Diagnose</i>	Sejak Kapan Didiagnosa (Tgl/Bln/Thn) When (dd/mm/yyyy)	Terapi <i>Treatment</i>
Penyakit Jantung, Pembuluh Darah (Hipertensi, dll) <i>Heart and blood vessels disease (Hypertention, etc)</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No			
Penyakit System Saraf <i>Nerve system disease</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No			
Penyakit Mata <i>Eye disease</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No			



Penyakit Telinga, Hidung, Tenggorokan dan Mulut <i>Ear, Nose and throat disease</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No			
Penyakit Telinga, Hidung, Tenggorokan dan Mulut <i>Ear, Nose and throat disease</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No			
Penyakit Paru <i>Lung and respiratory disease</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No			
Penyakit Organ Perut <i>Disease of the digestive system</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No			
Penyakit Sistem Kemih dan Kelamin <i>Urinary and reproductive system disease</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No			
Penyakit Sistem Kelenjar <i>Disease of the lymph node system</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No			
Penyakit Sistem Otot, Tulang <i>Muscle and bone system disease</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No			
Penyakit Kulit <i>Skin disease</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No			
Tumor, Kanker, Benjolan <i>Tumors, cancers, lumps</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No			



Penyakit Sistem Kekebalan dan Infeksi (termasuk HIV/AIDS) <i>Immune system disease (include HIV/AIDS)</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No			
Penyakit Metabolik (Diabetes, Dislipidemia, dll) <i>Metabolism disease (Diabetes, Dyslipidemia, etc)</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No			
Lain-lain <i>etc</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No			

Apakah kondisi saat ini berhubungan dengan riwayat penyakit diatas? Ya/Yes Tidak/No

Is the current condition related to the history of the disease above?

Apakah pasien ini melakukan konsultasi ke dokter lain / rumah sakit lain sebelum melakukan konsultasi ke dokter?

Ya/Yes Tidak/No

Has this patient consulted to any doctor(s)/hospital(s) prior to first consultation with you?

Jika Ya, Mohon bantuannya menyebutkan nama dan alamat dokter atau rumah sakit tersebut.

If Yes, please provide the name and address of the doctor(s)/hospital(s).

Apakah pasien ini merupakan pasien tetap dari dokter? Ya/Yes Tidak/No

Are you this patient's usual medical doctor?

Jika Ya, sejak kapan?

(tgl/bln/thn) (dd/mm/yyyy)

If Yes, since when?

Tanggal pertama kali pasien ini melakukan konsultasi dengan kondisi saat ini : / /

Date of this patient's consultation for the current condition:

(tgl/bln/thn) (dd/mm/yyyy)



Jenis serta hasil pemeriksaan fisik/pemeriksaan penunjang lainnya (rontgen/hasil PA/CT-Scan,dll)

Physical examination result or other examination result (X-ray/clinical pathology/CT-Scan, etc)

Penyebab diagnosa tersebut

Underlying disease of that diagnose

Tanggal pertama kali diketahui penyebab diagnosa tersebut: / / (tgl/bln/thn) (dd/mm/yyyy)

Date of the first time the underlying disease was diagnosed:

Apakah ada terapi atau penanganan yang berbeda dari konsultasi sebelumnya pada pasien ini?

Are there any different treatment that she/he received?

Kondisi apa yang berbeda dari konsultasi sebelumnya pada pasien ini?

What condition are different from the previous consultation on this patient?



Peningkatan kondisi apa yang terjadi pada pasien ini sejak rehabilitasi dilakukan sampai dengan saat ini?

What are the improvements from rehabilitation until now?

Tanggal terakhir pasien ini melakukan program rehabilitasi medik: / /

Date of the patient last underwent rehabilitation program: (tgl/bln/thn) (dd/mm/yyyy)

Apakah pasien ini mengalami kehilangan / kehilangan fungsi atas:

Does the patient loss or loss of function of:

1. Kedua lengan atau kedua tungkai (tidak termasuk tangan dan kaki) <i>Both arms or both legs (excluding hand and foot)</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
2. Satu lengan dan satu kaki (tidak termasuk tangan dan kaki) <i>One arm and one leg (excluding hand and foot)</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
3. Satu lengan atau satu kaki (tidak termasuk tangan dan kaki) <i>One arm or one leg (excluding hand and foot)</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
4. Penglihatan kedua mata <i>Sight in both eyes</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
5. Penglihatan satu mata <i>Sight in one eye</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
6. Pendengaran kedua telinga <i>Hearing in both ears</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No



7. Pendengaran satu telinga <i>Hearing in one ear</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
8. Kemampuan bicara <i>Ability to speech</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No

Apakah pasien ini dapat melakukan aktifitas sehari-hari tanpa bantuan sepenuhnya dari alat bantu mekanik atau orang lain?

Is the patient able to do his/her current condition, without support from mechanical tool or assistance?

1. Mandi <i>Bathing</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
2. Makan <i>Eating</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
3. Berpakaian <i>Dressing</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
4. Menggunakan toilet <i>Toileting</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
5. Naik/turun dari tempat tidur/kursi <i>Get on/off the bed/chair</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
6. Mengangkat <i>Lifting</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
7. Berdiri <i>Standing</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No
8. Berpindah ruangan <i>Moving around from one room to another room on the same floor</i>	<input type="checkbox"/> Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No



Saya sebagai dokter yang merawat pasien diatas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut diatas dengan lengkap dan benar.

I as a doctor who treated the patient, certify that I have read and answered the above questions completely and correctly.

Nama dokter :

Name of doctor

Nama Rumah Sakit :

Name of hospital

Alamat Rumah Sakit :

Address of hospital

Ditandatangani di/ *Signed in* :

Tanggal / *Date* : (tgl/bln/thn) (dd/mm/yyyy)

Dokter <i>Doctor</i>	Cap Rumah Sakit <i>Hospital/ Clinic Stamp</i>
Tanda tangan & Nama / <i>Signature & Name</i>	Tanda tangan & Nama / <i>Signature & Name</i>