



## KETERANGAN DOKTER/MEDICAL RESUME

Saya menerangkan dengan sesungguhnya bahwa saya telah memeriksa penyakit/luka yang diderita pasien tersebut di bawah ini.  
I do certify that I personally have examined the below patient's sickness and/or injury.

Nama Pasien/Patient's Name :		Nomor Rekam Medis/Medical Record No. :	
Tanggal Masuk/Admission Date :		Tanggal Keluar/Discharge Date :	
Jumlah Hari/Length of stay :			
Keluhan dan Gejala Utama/Primary Symptoms and Signs :			
Keluhan dan Gejala Tambahan/Other Symptoms and Signs :			
Sejak kapan keluhan dan gejala tersebut dirasakan oleh pasien? Since when the symptoms and signs suffered by the patient?			
Tujuan/indikasi dilakukan Rawat Inap/Purpose/indication of Hospitalization :			
<input type="checkbox"/> Observasi/Observation <input type="checkbox"/> Diagnostik/Diagnostic <input type="checkbox"/> Terapi/Therapeutic <input type="checkbox"/> Lainnya/Others _____			
Pemeriksaan Fisik/Physical examination findings :			
Diagnosis/Diagnosis :			
Terapi/Therapy :			
Apakah sebelumnya pasien pernah mendapatkan perawatan untuk keadaan/penyakit yang sama? Mohon jelaskan. Have the patient ever been treated for the same illness/injury? Please explain.			
Bila merupakan pasien Rujukan, mohon informasikan nama, alamat, dan nomor telepon dokter dan/atau instansi kesehatan yang merujuk If referred patient, please state the name, address, and telephone number of the referring physician and/or health institution			
Tindakan atau Pembedahan yang dilakukan selama perawatan/Procedures or Surgical performed during treatment :			
Alasan memilih jenis tindakan atau pembedahan tersebut di atas/Reason to choose the above Procedures or Surgery :			
Apakah penyakit/kondisi di atas disebabkan atau berhubungan dengan : Is the above sickness/condition caused by or related to :			
<input type="checkbox"/> Kelainan Bawaan/Congenital Disorder <input type="checkbox"/> Kelainan Mental/Mental Disorder <input type="checkbox"/> Kecelakaan/Accident <input type="checkbox"/> Penyakit Kelamin/Sexual Transmitted Diseases <input type="checkbox"/> Kehamilan/Pregnancy, Tanggal HPHT/The first date of last period : _____		<input type="checkbox"/> Ketidaksuburan/Infertility <input type="checkbox"/> Gangguan Hormon/Hormonal Imbalance <input type="checkbox"/> Kosmetika atau Estetika/Cosmetic or Aesthetic <input type="checkbox"/> Kelainan tumbuh kembang/Developmental disorder	
Jika YA mohon dijelaskan/If YES please explain : _____			
Bila perawatan dikarenakan kecelakaan kerja, mohon disebutkan/If treatment due to occupational accident, please state : Tanggal kecelakaan/Date of accident : Penyebab kecelakaan/Cause of accident :			
Prognosis/Prognosis :			
Keadaan pasien saat pulang/Patient's condition when discharged :			
<input type="checkbox"/> Sembuh/Recovered <input type="checkbox"/> Meninggal/Death <input type="checkbox"/> Lainnya/Other : _____			

Saya menyatakan bahwa seluruh informasi di atas adalah benar menurut pengetahuan dan keyakinan saya,  
I declare that all the information above is true to the best of my knowledge and belief,

Tempat dan Tanggal/Place and Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nama jelas dan tanda tangan Dokter  
Physician's name and signature

\_\_\_\_\_  
Nama dan stempel Rumah Sakit  
Hospital's name and stamp