



**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?*

<b>Kondisi Medis</b> <i>Medical Condition</i>	<b>Riwayat</b> <i>History</i>	<b>Diagnosa</b> <i>Diagnose</i>	<b>Sejak Kapan</b> <b>Didiagnosa</b> <b>(Tgl/Bln/Thn)</b> <b>When</b> <b>(dd/mm/yyyy)</b>	<b>Terapi</b> <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 &amp; Name</i>	Tanda tangan & Nama / <i>Signature &amp; Name</i>