

BAGIAN B. KETERANGAN DOKTER / MEDICAL RESUME (Diisi oleh dokter yang merawat/Filled in by doctor-in –charge)

Nama pasien/*Patient's Name* :

Tanggal perawatan/*Date of hospitalization* :s/d (To)

Anamnesis/Riwayat Penyakit
Anamnesis/History of Disease :

Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya sehubungan dengan kecelakaannya ? Ya / Tidak /
Has the patient ever been consulted/hospitalized before due to the accident ? Yes No

Bila "YA" , jawab pertanyaan a, b, c & d / *If "Yes" please answer a, b, c, & d*

a. Tanggal/*Date* :

b. Nama Dokter/ *Name of Doctor* :

c. Alamat lengkap / *Full Address* :

d. Diagnosa / *Diagnose* :

Jenis serta hasil pemeriksaan fisik ,lab, rontgen, CT scan, hasil PA dll yg dilakukan/ *Physical examination result, (lab,X-ray,CTscan,ClinicalPathologyResult,etc):*

Diagnosa/*Diagnose* :

Obat-obat yang diberikan/*Treatment* :

Operasi/*Operation* :

Jika dirawat oleh lebih dari 1 (satu dokter), sebutkan nama dokter dan spesialisasinya/ *if the Patient was taken care by more than 1 (one) doctor, please state the name and the specialization of the doctor :*

Keadaan pada waktu pulang/ *Patient's condition when discharge from hospital:*
 Membaik / *Better*
 Pulang paksa / *leaving without doctor's permission*

Kapan pasien diminta kontrol kembali / *when does the patient must consult again?*

Apakah kecelakaan diatas dapat menimbulkan cacat/gangguan fungsi secara tetap ?
Does the accident cause a permanent disability or permanent functional disorder?

Tidak / *No*
 Ya / *Yes* Bagian tubuh mana yang akan mengalami cacat tersebut ?

Which part of the body that becomes permanent disability?

Berapa persen (%) gangguan fungsi/cacat tetap tersebut ? %
How many percentage that permanent disability?

Perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk penyembuhan :Tahun/ *Year*Bulan/*Months*
The estimation duration that needs for rehabilitation:

Saya, sebagai dokter yang merawat pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar / *I, as a doctor who treat 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* :

Telepon / *Phone* :

Tempat & Tanggal
Place & Date

Tandatangan & Nama Dokter
Signature & Name of Doctor

Cap Rumah Sakit
Stamp of Hospital

