FORM : 3C

SURAT KETERANGAN DOKTER / *ATTENDING PHYSICIAN'S STATEMENT*

Nama Pasien / *Name of the Patient* Tempat Tgl. Lahir; Usia / *Place and Date of Birth; Age* Jenis Kelamin / *Sex*	_____ _____ , ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ / ☐☐ Tahun / *Year* ◯ Laki-laki / *Male* ◯ Perempuan / *Female*
Tanggal Perawatan / *Date of hospitalization*	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ s.d *to* ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ = ☐☐ Hari *days*
Anamnesa; Riwayat Penyakit / *History of the disease*	_____ _____
Tanggal gejala atau keluhan pertama kali diketahui oleh pasien / *The date of the symptoms or complains occurred the first time on*	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tgl bln thn / *dd mm yyyy*)
Tanggal pertama kali konsultasi / *Date of first consultation*	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tgl bln thn / *dd mm yyyy*)
Nama dan alamat dokter yang merujuk / *Name and address of referral Doctor*	_____ _____
Jenis serta hasil pemeriksaan fisik, lab, rontgen, CT scan, hasil PA dll yang dilakukan / *Physical examination result, (lab, X-ray, CT scan, Clinical Pathology Result, etc)*	_____ _____ _____
Diagnosa, atau dugaan diagnosa / *Diagnose or Pre diagnose*	_____ _____
Tanggal pasien diberitahu/mengetahui adanya diagnosa tersebut. / *The date when patient receive information/has received information on such diagnose.*	_____ _____
Penyebab diagnosa tersebut *Underlying Disease*	_____ _____
Tanggal pertama kali diketahui penyebab diagnosa tersebut / *The date of Underlying Disease*	☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tgl bln thn / *dd mm yyyy*)
Terapi atau Tindakan / *Therapy of Treatment*	_____ _____
Diagnosa di atas berhubungan dengan / *The Diagnose above is related to*	Penyakit Kejiwaan / *Mental Disorder* ◯ Neurosa ◯ Ya / *Yes* ◯ Tidak / *No* ◯ Psikosa ◯ Ya / *Yes* ◯ Tidak / *No* Kelainan Bawaan Sejak Lahir / *Congenital Anomaly* ◯ Ya / *Yes* ◯ Tidak / *No* Kehamilan / *Pregnancy* ◯ Ya / *Yes* ◯ Tidak / *No* Kecelakaan / *Accident* ◯ Ya / *Yes* ◯ Tidak / *No* Jika "Ya", jawab pertanyaan a, b, & c. / *If "Yes", please answer a, b, & c* : a. Apakah menimbulkan cacat / gangguan fungsi secara tetap ? / *Caused permanent deformity / dysfunction ?* ◯ Ya / *Yes* ◯ Tidak / *No* b. Bila "YA", Berapa persen gangguan fungsi atau cacat tetapnya *If "Yes", what is the percentage of the permanent deformity / dysfunction* ☐ % c. Perkiraan waktu yang dibutuhkan untuk penyembuhan / *Estimation of time for recovery* ☐ Tahun / *Year* ☐ Bulan / *Month*
Apakah pasien pernah konsultasi / dirawat sebelumnya ? *Has the patient ever been consulted / hospitalized before ?* a. Tanggal / *Date* b. Diagnosa / *Diagnose* c. Nama Dokter / *Name of Doctor* d. Nama Rumah Sakit / *Name of Hospital*	◯ Ya / *Yes* ◯ Tidak / *No* Bila "YA", jawab pertanyaan a, b, c & d. *If "YES", please answer a, b, c & d.* ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tgl bln thn / *dd mm yyyy*) s.d *to* ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (tgl bln thn / *dd mm yyyy*) = ☐☐ Hari *days* _____ _____ _____

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* : _____

Tempat & Tanggal / *Place & Date*	Tandatangan & Nama Dokter / *Signature & Name of Doctor*	Cap Rumah Sakit / *Stamp of Hospital*
_____	_____	_____