

KOP SURAT RUMAH SAKIT PEMERINTAH/PUSKESMAS

SURAT KETERANGAN

Nama	:	Jenis Kelamin: Laki/Perempuan ^{*)}
Umur	:	
NIK	:	
Ada Disabilitas	:	Ya/Tidak ^{*)}
Lokasi Disabilitas	:	

- Susunan syaraf pusat; sebutkan_____
- Organ Penginderaan; sebutkan_____
- Extremitas atas kanan/kiri/keduanya^{*)}
- Tangan dominan kanan/kiri^{*)}
- Extremitas bawah kanan/kiri/keduanya^{*)}
- Lain-lain _____

ANAMNESIS^{**)}

1.	Riwayat disabilitas :	- Sejak lahir - Sesudah kecelakaan, pada tahun _____ - Sesudah sakit, pada tahun _____
2.	Kemampuan mengurus diri ^{*)} :	- Mampu - Sebagian besar bisa, jelaskan yang tidak bisa _____ - Perlu bantuan penuh orang lain
3.	Bepergian keluar rumah:	- Bisa sendiri/perlu di antar anggota keluarga^{*)}

HASIL PEMERIKSAAN^{**)}

4.	Jenis Disabilitas:	
	a. Disabilitas Fisik	
		1) Amputasi (Tangan/Kaki)^{*)} 2) Kelemahan bagian atas anggota gerak atas dan bawah 3) Paraplegi (anggota tubuh bagian bawah yang meliputi kedua tungkai dan organ panggul) 4) <i>Cerebral Palsy</i> (CP)
	b. Disabilitas Sensorik	
		1) Netra a) Buta total b) Persepsi cahaya/<i>low vision</i> 2) Rungu 3) Wicara
	c. Disabilitas Intelektual	
	1)	- Disabilitas grahita 2) <i>Down syndroma</i>

-
- d. Disabilitas Mental
- 1) Psikososial (Skizofrenia, Bipolar, Depresi, Ansietas dan Gangguan Kepribadian) *)
 - 2) Disabilitas perkembangan (Autis/Hiperaktif) *)
5. Derajat Disabilitas Fisik :
- 1) Derajat 1: mampu melaksanakan aktivitas atau mempertahankan sikap dengan kesulitan
 - 2) Derajat 2: mampu melaksanakan kegiatan atau mempertahankan sikap dengan bantuan alat bantu
 - 3) Derajat 3: mampu melaksanakan aktivitas, sebagian memerlukan bantuan orang lain, dengan atau tanpa alat bantu
 - 4) Derajat 4: dalam melaksanakan aktivitas, tergantung penuh terhadap pengawasan orang lain
 - 5) Derajat 5: tidak mampu melakukan aktivitas tanpa bantuan penuh orang lain dan tersedianya lingkungan khusus
 - 6) Derajat 6: tidak mampu penuh melaksanakan kegiatan sehari-hari meskipun dibantu penuh orang lain
6. Kemampuan Mobilitas:
- 1) Jalan/ jalan perlahan/jalan dengan alat bantu/tidak mampu jalan*)
 - 2) Naik tangga/naik tangga perlahan/tidak mampu naik tangga*)
7. Gangguan Extremitas atas: _____
- 1) Kanan: kekuatan 5/4/3/2/1/0
 - 2) Kiri: Kekuatan 5/4/3/2/1/0
8. Alat Bantu yang digunakan : Ada/Tidak*), sebutkan _____
9. Penyakit lain : Ada/Tidak*), sebutkan _____
10. Pengobatan : Ada/Tidak*), sebutkan _____

Catatan tambahan lainnya :

Tempat dan Tanggal Pemeriksaan

Dokter yang memeriksa

Nama
NIP.

Keterangan:

*) = coret yang tidak perlu

**) = wajib diisi rincian terkait deskripsi kondisi disabilitas