FORMAT SURAT KETERANGAN PENYANDANG DISABILITAS

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
- Lain – Lain _____

ANAMNESIS**)**

1. Riwayat disabilitas : - Sejak lahir, diagnosa _____
- Sesudah kecelakaan, pada tahun _____, diagnosa _____
- Sesudah sakit, pada tahun _____, diagnosia _____

2. Kemampuan mengurus diri *)

-Mampu

-Sebagian besar bisa, jelaskan yang tidak bisa _____

-Perlu bantuan penuh orang lain

3. Bepergian keluar rumah:

-Bisa sendiri /perlu diantar 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) Cerebral Palsy (CP)

b. Disabilitas Sensorik

1) Netra
a) Buta total
b) Persepsi cahaya /low vision
2) Rungu
3) Wicara

c. Disabilitas Intelektual

1) Disabilitas grahita
2) Down syndrome

d. Disabilitas Mental

1) Psikososial (Skizofrenia, Bipolar, Depresi, Anxietas 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

Gangguan Extremitas bawah : _____
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