

REKAM MEDIS BAGIAN ILMU KEBIDANAN DAN PENYAKIT KANDUNGAN



**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS MUHAMMADIYAH SURAKARTA
Jl. A. Yani Tromol Pos I Pabelan Kartasura
Telp. 0271-716844 Surakarta 57102**

NAMA INISIAL :

JENIS KELAMIN : L / P

USIA :

ASSESMEN MEDIS PASIEN KEBIDANAN DAN KANDUNGAN

Tgl : Jam :

DAFTAR ALERGI OBAT DAN REAKSI EFEK SAMPING OBAT		
Nama Obat	Reaksi	Tanggal/Tahun
1.		
2.		
3.		

Nama Obat	Reaksi	Tanggal/Tahun
-----------	--------	---------------

2.

Anamnesis/Alloanamnesis dengan : _____ Hubungan dengan Pasien : _____

KELUHAN UTAMA :

PERJALANAN PENYAKIT SEKARANG :

(Lokasi, Onset dan Kronologis, Kualitas, Faktor Memperberat, Faktor Memperingan, Gejala Penyerta)

RIWAYAT OSBTRETRI DAN GIBEKOLOGI : G P A

RIWAYAT PENGGUNAAN ALAT KONTRASEPSI :

RIWAYAT PENYAKIT DAHULU :

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA :

KIRAWAT PENTARI KELUARGA :

RIWAYAT SOSIAL EKONOMI :

Obat-obatan yang sedang dikonsumsi pasien saat ini :

1.

2.

3.

4.

PEMERIKSAAN FISIK PASIEN			
TANDA VITAL			
Tekanan Darah	: _____ mmHg	Denyut Jantung	: _____ / menit
		Pernafasan	: _____ / menit
Suhu	: _____ °C	Reguler/Ireguler	Tipe : _____
Kondisi Umum	: ☐ Baik ☐ Tampak Sakit ☐ Kejang ☐ Sesak ☐ Pucat ☐ Lemah ☐ lainnya		
Gambaran umum lainnya : _____			
Nutrisi	: _____	Edema	: _____
Hidrasi	: _____	Pucat	: _____
		Clubbing finger	: _____
		Jaundice	: _____
PEMERIKSAAN STATUS LOKALIS			
1. Obstetri			
2. Ginekologi			
3. Lain-lain			

STATUS GENERALIS

1. Cranium

5. Genitalia

2. Leher

6. Extremitas

3. Thorax

4. Abdomen

PEMERIKSAAN PENUNJANG : (Laboratorium, Radiologi, EKG, dll)

DIAGNOSIS KERJA :

DIAGNOSIS BANDING (Bila ada) :

TERAPI :

**RENCANA
TINDAK
LANJUT**

Rawat inap

Ruang :

Indikasi :

DPJP Rawat Inap

:

Pengantar Pasien

$$\vdots$$

Ada / Tidak * (Bila tidak , rujuk ke Dinas Sosial)

11

Rujuk ke

:

RS _____

9

• _____

• _____

uskesmas

☐

☐okter Keluarga

:

Dokter

	Kontrol Klinik/Homecare di : _____	Homecare : _____
		Tanggal : _____
EDUKASI PASIEN	Edukasi Awal, disampaikan tentang diagnosis, Rencana dan Tujuan Terapi kepada : ☐ pasien ☐ ☐ Keluarga pasien, Nama : _____ Tidak dapat memberi edukasi kepada pasien atau keluarga, karena : _____	
Tanda tangan dan Nama Terang DPJP _____		
Tanggal _____ jam _____ WIB		
Nama Dokter Muda : _____		
.....		
.....		