

UP :

FORMULIR PELAPORAN RAWAT INAP

Bersama ini diinformasikan bahwa Tertanggung / Pasien dengan data sebagai berikut :

Nama Pasien : Umur : thn
 Tanggal masuk :
 Nama Perusahaan pada kartu :
 Nomor polis / Register : / Reg :
 Harga Kamar di kartu : Harga Kamar diambil :
 Nama Rumah Sakit :
 Nama Dokter yang merawat :

ANAMNESIS

1. Keluhan Utama sehingga pasien memerlukan Rawat Inap :

 a. Keluhan Tambahan (*beri tanda pada kotak*)

Gejala pernafasan

<input type="checkbox"/> Sakit tenggorokan	<input type="checkbox"/> Batuk	<input type="checkbox"/> Pilek	<input type="checkbox"/> Sesak nafas
Sejak tanggal.....	Sejak tanggal.....	Sejak tanggal.....	Sejak tanggal.....

Gejala lainnya

<input type="checkbox"/> Menggigil	<input type="checkbox"/> Kelelahan	<input type="checkbox"/> Lemah	<input type="checkbox"/> Hidung berdarah
<input type="checkbox"/> Konjungtivitis	<input type="checkbox"/> Sakit kepala	<input type="checkbox"/> Sakit persendian	<input type="checkbox"/> Sakit otot
<input type="checkbox"/> Mual	<input type="checkbox"/> Muntah	<input type="checkbox"/> Kehilangan nafsu makan	<input type="checkbox"/> Diare
<input type="checkbox"/> Ruam	<input type="checkbox"/> Kejang	<input type="checkbox"/> Penurunan kesadaran	
<input type="checkbox"/> Gejala neurologis, yaitu	<input type="checkbox"/> Gejala lainnya, yaitu		

b. Anggota keluarga lain serumah dengan pasien ada yang mengalami keluhan sama :

Tidak ada
 Ya, yaitu :

 2. Riwayat Penyakit Terdahulu (*beri tanda pada kotak*)

 a. **Kondisi Komorbid gangguan pernafasan**

<input type="checkbox"/> TBC	<input type="checkbox"/> PPOK (non-asma)	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Bronchitis
------------------------------	--	-------------------------------	-------------------------------------

 b. **Kondisi Komorbid lainnya**

<input type="checkbox"/> Kanker	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> HIV/Defisiensi imun	<input type="checkbox"/> Penyakit hati kronik
<input type="checkbox"/> Obesitas	<input type="checkbox"/> Kelainan darah	<input type="checkbox"/> Gangguan ginjal kronik	<input type="checkbox"/> Sakit Jantung
<input type="checkbox"/> Gangguan syaraf/ neurologi		<input type="checkbox"/> Penerima donor organ	<input type="checkbox"/> Autoimun
<input type="checkbox"/> Riwayat penyakit lainnya, yaitu			

3. Riwayat kontak dengan penderita COVID-19 atau suspek COVID-19 :

Tidak ada
 Ya, yaitu :
 Apabila Ya, kontak terakhir tanggal/...../.....

4. Riwayat rujukan dari Rumah Sakit lain :

Tidak ada
 Ya, pasien adalah pasien rujukan dari RS.....
 Diagnosis Kerja saat dirujuk :

PEMERIKSAAN FISIK

5. a. Tanda Vital

Tekanan Darah	mmHg	Respiratory Rate	x/menit	SaturasiO2	%
Heart Rate	x/menit	Suhu	°C		

b. Hasil Pemeriksaan Fisik yang bermakna: