



**FORMULIR SPMI
LEMBAGA PENJAMINAN MUTU INTERNAL
STIKes Panti Waluya Malang**

No. Dok	:	SN.DIKTI/A/FORM- SPWM/06.95.q
Tanggal	:	11-01-2019
Revisi	:	0
Berlaku	:	11-01-2019

FORMULIR PELAYANAN SURAT KETERANGAN MEDIS

Digunakan untuk melengkapi	:	No. Standar SN.DIKTI/A/SPWM/06.21	Judul standar Standar Pengelolaan Laboratorium dan Instrumentasi Prodi MIK
		No. Prosedur SN.DIKTI/A/SOP- SPWM/06.95	Judul prosedur SOP Penyusunan Prosedur Manajemen Rekam Medis

Proses	Penanggung Jawab			Tanggal
	Nama	Jabatan	Tanda Tangan	
1. Perumusan	Ns. Ellia Ariesti, M.Kep	Waket I		11-12-2018
2. Pemeriksaan	Maria Magdalena Setyaningsih, Ns.Sp.Kep.Mat	Ka STIKes		17-12-2018
3. Persetujuan	Ns. Emy Sutiyasih, S.Kep., M.Kes	Ka.Senat		23-12-2018
4. Penetapan	Sr. Lusiana Riyanti, Misc	Ka. Yayasan		11-01-2019
5. Pengendalian	Wisodhanie Widi A., S.KM., M.Kes	Ka. LPMI		11-01-2019



FORMULIR
LEMBAGA PENJAMINAN MUTU INTERNAL
STIKes Panti Waluya Malang

No. Dok	:	SN.DIKTI/A/FORM- SPWM/06.95.q
Tanggal	:	11-01-2019
Revisi	:	0
Berlaku	:	11-01-2019

FORMULIR PELAYANAN SURAT KETERANGAN MEDIS

Diisi Oleh Praktikan



VISUM ET REPERTUM

000/SPWM-MIK/.../20...

PRO JUSTISIA

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya : dr.

Dokter umum di Rumah Sakit STIKes Panti Waluya Malang, atas permintaan tertulis dari : -----

Nama :
Pangkat / NRP :
Kesatuan :
No. Surat :
Tanggal Surat :

Dalam menjalankan tugas sebagai dokter menerangkan bahwa pada hari tanggal
....., jamdi STIKes Panti Waluya Malang telah memeriksa dan mengobati
seorang korban : -----

Nama :
Tanggal lahir :
Jenis Kelamin :
Kewarganegaraan :
Alamat :

No. Rekam Medis :

Hasil Pemeriksaan :

KESIMPULAN

Demikianlah keterangan di atas ini dibuat dengan sejujur-jujurnya dan berdasarkan sumpah sesuai dengan Kitab Undang Undang Hukum Acara Pidana. -----

Malang,

Dokter tersebut di atas

dr. _____



RUMAH SAKIT SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN
PANTI WALUYA MALANG

Kepada : Bagian Rekam Medis

PERMINTAAN SURAT KETERANGAN KEMATIAN

Nama Lengkap Alm. :
No. Rekam Medis :
Jenis Kelamin : L / P
Tgl Lahir :
Alamat :

No. Identitas :
Tanggal Meninggal : Jam Meninggal :
Tanggal Pemeriksaan :

Kelompok Penyebab Kematian	
Penyakit / Gangguan	Cedera
<input type="checkbox"/> 1. Penyakit khusus *)	<input type="checkbox"/> 7. Cedera kecelakaan lalu lintas
<input type="checkbox"/> 2. Penyakit menular	<input type="checkbox"/> 8. Cedera kecelakaan kerja
<input type="checkbox"/> 3. Penyakit tidak menular	<input type="checkbox"/> 9. Cedera lainnya
<input type="checkbox"/> 4. Gangguan maternal	
<input type="checkbox"/> 5. Gangguan perinatal	
<input type="checkbox"/> 6. Gejala, tanda dan kondisi lainnya	*) Jenazah memerlukan perlakuan khusus

Note : Mohon Lampirkan Kartu Identitas (copy)

Laporan Kematian
(digunakan internal rumah sakit)

PENYEBAB KEMATIAN

Penyebab Kematian		ICD-10 <i>(diisi oleh MR)</i>
Kematian Umur 0 – 6 Hari Termasuk Lahir Mati		
1	Penyebab Utama Bayi	
	Penyebab Lain Bayi	
2	Penyebab Utama Ibu	
	Penyebab Lain Ibu	

Kematian Umur 7 Hari Ke Atas		
Penyebab Kematian		ICD-10 <i>(diisi oleh MR)</i>
1	Penyakit atau keadaan langsung mengakibatkan kematian	a.
	Penyakit-penyakit (bila ada) yang menjadi sebab timbulnya kematian tsb pada a.	b.
		c.
	Penyakit yang merupakan awal dimulainya perjalanan penyakit menuju kematian	d.
2	Penyakit-penyakit lain yang berarti dan mempengaruhi pada kematian itu tetapi tidak ada hubungannya dengan penyakit-penyakit tersebut dalam a, b, c dan d	e.

Kesimpulan / Catatan :

Dokter yang mendiagnosa,

Nama Dokter

Tanda Tangan

Tanggal