Formulir Rujukan Pasien sakit:

Dengan mengirimkan formulir rujukan pasien ini anda telah menyetujui dan membaca syarat dan ketentuan serta privacy policy kami.

Nama:

Hubungan keluarga dengan pasien:

Tanda tangan:

DATA PASIEN

|  |  |
| --- | --- |
| Nama Lengkap: |  |
| Jenis kelamin:  |  |
| Tanggal lahir: |  |
| Email pasien/keluarga: |  |
| Nomor telepon seluler pasien/keluarga: | Isi nomor telepon seluler dengan link account Whatsapp  |

DATA DOKTER

|  |  |
| --- | --- |
| Nama dokter/dokter spesialis |  |
| Email dokter | Untuk Hasil konsultasi  |
| Nomor telepon seluler dokter | Isi nomor telepon seluler dengan link account Whatsapp  |
| Nama RS dan nomor telepon |  |
| Lama rawat di RS |  |
| Lama rawat di ICU |  |

PERTANYAAN DAN HAL-HAL YANG DIKUATIRKAN OLEH DOKTER DAN KELUARGA PASIEN

Pertanyaan dari dokter atau keluarga pasien

Isi pertanyaan dan hal-hal yang menjadi kekuatiran dokter dan/atau keluarga pasien

RIWAYAT PENYAKIT PASIEN

Keluhan Utama:

Isi disini bila bukan salah satu keluhan dibawah

Nyeri

sebutkan lokasi,lama nyeri,tipe nyeri,sifat nyeri, intensitas nyeri,penjalaran nyeri,hal yang memperparah dan memperingan nyeri

Demam

kapan mulai,lamanya,Intensitas demam,sifat demam,gejala penyerta lain,riwayat kontak,riwayat perjalanan ke LN

Sesak napas

kapan mulai,lamanya,gejala penyerta: nyeri, mual/muntah, batuk kering, batuk berdahak, batuk berdarah, perut membuncit, udema ekstremitas

Lumpuh

kapan mulai,lamanya,ekstremitas yang lumpuh,gejala kelumpuhan lain:mata,wajah,rahang,lidah, leher,gejala penyerta lain: bicara pelo, sulit bicara, nyeri kepala, pusing, mual/muntah, sulit menelan, perubahan suara

Syncope/presycope

gejala lumpuh, kejang, tangan kaki dingin, Jantung berdebar, jantung rasa berhentinyeri: dada, kepala, perut, keluhan lainnya,riwayat cedera kepala/leher

Trauma

Mekanisme trauma/kecelakaan, bagian tubuh yang terkena trauma,pertolongan pertama

RIWAYAT PENYAKIT SEKARANG

ceritakan secara kronologis riwayat gejala penyakit sekarang dari awal sampai sekarang

Keluhan Lainnnya:cantumkan bila ada

Operasi dan tindakan invasif yang sudah diberikan untuk penyakit sekarang:jenis tindakan dan kapan

RIWAYAT PENYAKIT DAHULU

Riwayat Penyakit Syaraf: epilepsy, pendarahan otak, stroke iskemik,

Riwayat Penyakit Jantung dan Pembuluh Darah: PJK, nyeri dada

Riwayat Penyakit Paru: TB, asma, COPD

Riwayat Penyakit Ginjal: gagal ginjal kronik, riwayat dialysis,

Riwayat Penyakit Diabetes: terkontrol/tidak, insulin, oral diabetic tablet

Riwayat Infeksi sebelumnya

Riwayat Operasi dan Pembiusan (termasuk riwayat operasi gigi)

RIWAYAT PENYAKIT KELUARGA

Riwayat penyakit saraf, penyakit jantung/pembuluhdarah, penyakit paru, ginjal, diabetes,infeksi

RIWAYAT PEMAKAIAN OBAT

Obat resep, obat bebas, obat traditional, jamu

RIWAYAT SOSIAL

Riwayat Merokok,pemakaian alcohol, narkoba, Penyakit Menular Seksual

PEMERIKSAAN FISIK SAAT INI:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Tekanan darah: |  | Laju nadi: |  |
| Laju napas: |  | Saturasi Oksigen: |  |
| Suhu tubuh: |  |  |  |

Neurologi:

GCS,reflex pupil,kaku kuduk,fungsi motorik,reflex tendon,tonus,sensorik,reflex Babinsky

Kardiovaskular:

bunyi jantung,bising jantung,akral

Paru:

bunyi napas,bunyi napas tambahan,perkusi dada, warna dahak

Abdomen:

Membuncit, lemas, bising usus, nyeri, muntah, diare, frekuensi buang air, pemeriksaan rektal, jumlah dan jenis cairan dalam NGT, drain, rectal tube

Fungsi ginjal:

Output urin, serum K,analisa gas darah

Ektremitas:

hangat/dingin, edema, nyeri betis

Cairan Infus yang saat ini diberikan:kristaloid,koloid,darah/produk darah ,sedasi, analgesia, dll serta jumlahnya

Obat-obatan yang sudah diberikan dan yang saat ini sedang diberikan:cantumkan jenis,dosis

Ventilator setting:FiO2, mode, PEEP, PS, frekuensi,Vt, InspP, Pmax

CRRT/dialysis: Tipe, Predilution, Postdilution, Dialysate, K, anticoagulation, Balans cairan

Hasil Pemeriksaan Darah Awal dan terakhir:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pemeriksaan | Hasil awal | Satuan | Hasil terakhir | Satuan | Normal |
| Na |  | mEq/L |  | mEq/L | 135-153 |
| K |  | mEq/L |  | mEq/L | 3.5-5.1 |
| Cl |  | mEq/L |  | mEq/L | 98-109 |
| Urea |  | mg/dL |  | mg/dL | 10-50 |
| Kreatinin |  | mg/dL |  | mg/dL | 0.5-1.5 |
| Albumin |  | g/dL |  | g/dL | 3.4-4.8 |
| Globulin |  | g/dL |  | g/dL | 3.2-3.9 |
| Bilirubin |  | g/dL |  | g/dL | <1.5 |
| SGOT/AST |  | U/L |  | U/L | <37 |
| SGPT/ALT |  | U/L |  | U/L | 47 |
| ALP |  | U/L |  | U/L | 35-105 |
| GGT |  | U/L |  | U/L |  |
| Glukosa |  | mg/dL |  | mg/dL | 70-200 |
| Creatine Kinase |  | U/L |  | U/L | <167 |
| Lipase |  | U/L |  | U/L | 10-60 |
| Hb |  | g/dL |  | g/dL | >110 |
| Leukosit |  | 103 /microL |  | 103 /microL | 4.8-10.8 |
| MCV |  | fL |  | fL | 80-100 |
| Trombosit |  | 103 /microL |  | 103 /microL | 150-450 |
| INR |  |  |  |  |  |
| APTT |  | Detik |  | Detik | 20-35 |
| PT |  | Detik |  | detik | 11-13.5 |
| Fibrinogen |  | mg/dL |  | mg/dL | 200-400 |
| pH |  |  |  |  |  |
| PaO2 |  | mmHg |  | mmHg | 70-90 |
| PaCO2 |  | mmHg |  | mmHg | 35-45 |
| HCO3 |  | mmol/L |  | mmol/L | 22-32 |
| Saturasi O2 |  | % |  | % | 96-100 |

Laporan hasil pemeriksaan Radiologi:

X-Ray thoraks:

CT scan/MRI scan:

Setelah selesai melengkapi formulir ini, kirimkan ke email admin@indocritcarenetwork.com serta kirimkan foto hasil pemeriksaan radiologi ke email yang sama.