

FORMULIR IV

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/keduanya ^{*)}
	- Lain-lain _____
ANAMNESIS^{*)}	
1. Riwayat disabilitas :	- Sejak lahir, diagnosa _____ - Sesudah kecelakaan, pada tahun _____, diagnosa _____ - Sesudah sakit, pada tahun _____, diagnosa _____
2. Kemampuan mengurus diri ^{*)} :	- Mampu - Sebagian besar bisa, jelaskan yang tidak bisa _____ - Perlu bantuan penuh orang lain
3. Bepergian keluar rumah:	- Bisa sendiri/perlu di antar 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) <i>Cerebral Palsy</i> (CP)	
b. Disabilitas Sensorik	
1) Netra	
a) Buta total	
b) Persepsi cahaya/ <i>low vision</i>	
2) Rungu	
3) Wicara	
c. Disabilitas Intelektual	
1) Disabilitas grahita	
2) <i>Down syndrome</i>	

d. Disabilitas Mental

- 1) Psikososial (Skizofrenia, Bipolar, Depresi, Ansietas 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

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