

(e) Pemeriksaan fisik / <i>Physical examination</i>	(e)
(f) Pemeriksaan penunjang/Supporting / <i>Additional test</i> Laboratorium / <i>Laboratory, Lain-lain / Others</i>	(f)
(g) Laporan singkat perkembangan penyakit dan tindakan pengobatan, operasi atau terapi yang diberikan / <i>Brief explanation of current condition and treatment / medication / therapy given</i>	(g)
(h) Diagnosis Utama / <i>Primary Diagnosis</i>	(h)
(i) Diagnosis tambahan/penyerta / <i>Secondary Diagnosis</i>	(h)
(j) Tindakan operasi (jika ada) / <i>Surgical treatment (if any)</i>	(h)
(k) Apakah kelainan bawaan / <i>Is this congenital</i>	(k) <input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No
(l) Apakah merupakan penyakit keturunan <i>Is this hereditary</i>	(l) <input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No
4. Kapan penderita diijinkan pulang oleh dokter <i>When the patient was permitted / capable to be discharged from the hospital [dd/mm/yy]</i>	(4)
5. Kondisi lepas rawat inap / <i>Post hospitalization condition</i>	(5)

Jika meninggal dunia / *If death occurred:*

6 (a) Tempat, tanggal dan waktu meninggal <i>Place, date & time of death</i>	(a) tgl / date,jam / time
(b) Sebab meninggal / <i>Cause of death</i> (menurut nomenklatur internasional) <i>(based on International Classification Diseases)</i>	(b)
(c) Penyakit yang mendasari (sejak kapan diderita) <i>Underlying disease (when it was detected for the first time)</i>	Komplikasi / <i>Complications</i> tgl/bln/thn / <i>[dd/mm/yy]</i>
	(1)/...../.....
	(2)/...../.....
	(3)/...../.....

Jika luka/cedera/kematian disebabkan trauma/kecelakaan / *If the injury/death related to an trauma/an accident:*

7 (a) Tanggal kecelakaan / <i>Date of accident</i>	(a)
(b) Bagaimana terjadinya kecelakaan <i>Describe the event / accident</i>	(b)
(c) Keterangan rinci tentang luka cederanya (Status lokalis) <i>Detail of the injury</i>	(c)

Tempat/Tanggal / *Place/Date:*

Dokter yang merawat / *Attending doctor:*

(Tanda Tangan, Nama Jelas & Stempel Dokter / Cap Rumah Sakit)
(Signature, Name, Doctor Stamp / Hospital Stamp)