



SURAT KETERANGAN KONDISI KEHAMILAN

PRIBADI DAN RAHASIA (UNTUK DIISI OLEH DOKTER SPESIALIS KEBIDANAN & KANDUNGAN SETELAH DILAKUKAN PEMERIKSAAN USG GINEKOLOGI MINIMUM 2 DIMENSI)

1. Nama (Calon) Tertanggung/Peserta:
2. G P A Merokok selama masa kehamilan? Ya Tidak
3. Tanggal Hari Pertama Haid Terakhir (HPHT): - - Usia kehamilan: minggu
 (tgl/bln/thn)
 Tanggal Perkiraan Persalinan: - -
 (tgl/bln/thn)
4. Tinggi Badan: cm Kenaikan Berat Badan selama hamil: kg
 Berat Badan: kg Apakah kenaikan berat badan normal? Ya Tidak
5. Tekanan Darah - *Systolic*: mm/Hg - *Diastolic*: mm/Hg
 Denyut Nadi: x/menit Apakah denyut nadi teratur? Ya Tidak

I. STATUS OBSTETRI DAHULU DAN SAAT INI

1. Apakah pernah/saat ini ditemukan kelainan berikut:
- | | Ya | Tidak | Jika Ya, mohon jelaskan |
|---|----|-------|-------------------------|
| a. Kelebihan atau kekurangan berat badan selama kehamilan? | | | |
| b. <i>Spotting</i> /pendarahan per vaginam? | | | |
| c. Pra-eklampsia atau eklampsia? | | | |
| d. <i>Gestational Diabetes Mellitus</i> ? | | | |
| e. <i>Glycosuria</i> ? | | | |
| f. Tes urin abnormal lainnya? | | | |
| g. Anemia? | | | |
| h. <i>Cervical incompetence</i> ? | | | |
| i. Kelainan plasenta (termasuk <i>abruptio placentae</i> , <i>placentae previa</i>)? | | | |
| j. Infeksi saluran kencing? Infeksi <i>intra uterine</i> ? Kebocoran air ketuban? | | | |
| k. <i>Fatty liver</i> pada kehamilan? | | | |
| l. Kontraksi rahim prematur? | | | |
| m. Keterlambatan pertumbuhan <i>intra uterine</i> ? | | | |
| n. Kematian janin <i>intra uterine</i> ? | | | |
| o. Kelainan psikologi atau kejiwaan? | | | |
| p. Kelainan lainnya yang belum disebutkan di atas? | | | |

2. Apakah pernah/saat ini mengalami kelainan pada janin sehubungan:
- | | Ya | Tidak | Jika Ya, mohon jelaskan |
|--|----|-------|-------------------------|
| a. Pertumbuhan janin (<i>bi-pariental diameter</i> , <i>femur length & abdominal circumference</i>)? | | | |
| b. Berat janin? | | | |
| c. Kelainan letak atau presentasi? | | | |
| d. Jumlah cairan ketuban (<i>polyhydromnios</i> atau <i>oligohydromnios</i>)? | | | |

Dengan ini saya (Dokter Pemeriksa) menginformasikan bahwa saya telah melakukan pemeriksaan atas (Calon) Tertanggung/Peserta.

Dokter yang memeriksa,

 (.....)
 Stempel, Tanda Tangan dan Nama Jelas

Diperiksa tanggal : - - (tgl/bln/thn)

Alamat lengkap tempat pemeriksaan:

Jika stempel Dokter/Rumah Sakit/Klinik tidak ada, maka Surat Keterangan Kondisi Kehamilan ini tidak sah.



No. SPAJ:

(diisi jika status Proposal)

No. Polis:

(diisi jika status Inforce)

Apakah pernah/saat ini mengalami kelainan pada janin sehubungan:

e. Jantung?

f. Pergerakan?

g. Kelainan lainnya pada janin?

h. *Screening* darah, amniosentesis, *triple test*, studi genetik

i. Kelainan lainnya yang belum disebutkan di atas?

Ya	Tidak	Jika Ya, mohon jelaskan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tanggal: Jenis tes: Hasil:
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

3. Apakah saat ini janin hidup?

Ya Tidak

Apakah denyut jantung janin teratur? Ya Tidak

Apakah janin kembar?

Ya Tidak

Bagaimana letak janin?

Denyut jantung janin:

x/menit

4. a. USG yang dilakukan:

2 dimensi > 2 dimensi

Tanggal USG dilakukan:

- -
(tgl/bln/thn)

b. Bagaimana hasil USG?

Normal

Abnormal, mohon jelaskan:

5. Komplikasi/faktor penyulit pada kehamilan ini, bila ada:

6. Apakah kehamilan ini merupakan *In Vitro Fertilization* (IVF)?

Ya, melalui: Inseminasi Program Bayi Tabung Lainnya: _____

Tidak

7. Terapi yang diberikan saat ini:

8. Prognosis, baik dari kondisi kehamilannya maupun kondisi medis lainnya, jika ada:

II. KONDISI KEHAMILAN SEBELUMNYA (termasuk keguguran/aborsi)

No.	Tahun	Usia anak saat ini atau Usia kehamilan jika terjadi keguguran/aborsi	Jenis Kelamin	Berat Lahir (kg)	Komplikasi pada Ibu atau Anak, mohon jelaskan	Kondisi kesehatan anak saat ini

III. INFORMASI TAMBAHAN DARI DOKTER (jika ada)

Dengan ini saya (Dokter Pemeriksa) menginformasikan bahwa saya telah melakukan pemeriksaan atas (Calon) Tertanggung/Peserta.

Diperiksa tanggal : - - (tgl/bln/thn)

Dokter yang memeriksa,

(.....)

Stempel, Tanda Tangan dan Nama Jelas

Jika stempel Dokter/Rumah Sakit/Klinik tidak ada, maka Surat Keterangan Kondisi Kehamilan ini tidak sah.

