



PEMERINTAH KABUPATEN KOTAWARINGIN BARAT
**RUMAH SAKIT UMUM DAERAH
SULTAN IMANUDDIN PANGKALAN BUN**

Jalan Sultan Syahrir 17 Pangkalan Bun - 74112



Label Identitas Pasien

Nama : _____
No. RM : _____
Tgl. Lahir : _____
Alamat : _____
J. Kelamin : _____

RM.08.IRI

ASSESMEN MEDIS OBSTETRI (2)

KHUSUS UNTUK BAYI LAHIR	Nama Ayah : _____	Umur : _____ Th.	Pekerjaan : _____	
		Alamat : _____		
	Nama Ibu : _____	Umur : _____ Th.	Pekerjaan : _____	
		Alamat : _____		
Kartu pemeriksaan antenatal Nomor : _____		Antenatal lain (jelaskan) : _____	Tanpa pemeriksaan antenatal : _____	
Mulai dirawat tanggal : _____ Jam : _____				
1. Keadaan sekarang dan alasan dirawat : _____ GPA : _____				
2. Haid : Menarche : _____ tahun : _____ Cycle : _____ hari Lama haid : _____ hari : _____ Hari I : _____ Haid terakhir : _____				
3. Perkawinan : _____ kali dengan suami sekarang : _____ Tahun : _____				
4. RIWAYAT OBSTETRIK : _____				
No	KEADAAN KEHAMILAN, PERSALINAN KEGUGURAN, NIFAS	UMUR	KEADAAN ANAK	TEMPAT PERAWATAN & No. DAFTAR
01				
02				
03				
04				
05				
06				
07				
08				
09				
10				
5. Penyakit lain yang pernah dialami dan operasi : _____				
6. Kehamilan sekarang : Taksiran tanggal lahir : _____ 1. Ya, di _____ No. Klinik _____ Pengawas kehamilan : _____ 2. Tidak Hal-hal yang penting selama kehamilan ini : _____				
7. "KELUARGA BERENCANA" sebelum kehamilan ini : Ya / Tidak *) Caranya : _____ Lamanya : _____				
KETERANGAN : _____				
(_____) Tanda tangan + nama dokter				
*) Coret yang tidak perlu				