**CONTOH 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 | : |  |  |
|  |  |  | * + - 1. Susunan syaraf pusat;

sebutkan \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* + - 1. Organ Penginderaan;

sebutkan \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* + - 1. Extremitas atas kanan/kiri/keduanya\*)
			2. Tangan dominan kanan/kiri\*)
			3. Extremitas bawah kanan/kiri/keduanya\*)
			4. Lain-lain \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
|  | **ANAMNESIS**\*\*) |
| 1. | Riwayat Disabilitas  | : | * + - 1. Sejak lahir, diagnosa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
			2. Sesudah kecelakaan, pada tahun \_\_\_\_\_\_\_\_, diagnosa \_\_\_\_\_\_\_\_
			3. Sesudah sakit, pada tahun \_\_\_\_\_\_\_\_, diagnosa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
 |
| 2.  | Kemampuan mengurus diri\*):* + - 1. Mampu
			2. Sebagian besar bisa, jelaskan yang tidak bisa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
			3. Perlu bantuan penuh orang lain
 |
| 3. | Bepergian keluar rumah:* + - 1. Bisa sendiri/perlu di antar anggota keluarga\*)
 |
|  | **HASIL PEMERIKSAAN**\*\*) |
| 4. | Jenis Disabilitas :* 1. 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 organ panggul)
		4. *Cerebral Palsy* (*CP*)
	2. Disabilitas Sensorik
		1. Netra
			1. Buta Total
			2. Persepsi cahaya/*low vision*
		2. Rungu
		3. Wicara
	3. Disabilitas Intelektual
		1. Disabilitas grahita
		2. *Down syndroma*
	4. Disabilitas Mental
		1. Psikososial (Skizofrenia, Depresi, Anxietas dan Gangguan Kepribadian) \*)
		2. Disabilitas perkembangan (Autis/Hiperaktif)
 |
| 5. | Derajat Disabilitas Fisik :1. Derajat 1 : mampu melaksanakan aktivitas atau mempertahankan sikap dengan kesulitasn
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 5/4/3/2/1/0
 |
| 8. | Alat Bantu yang digunakan : Ada/Tidak\*), sebutkan \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 9. | Penyakit lain : Ada/Tidak\*), sebutkan \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 10. | Pengobatan lain : Ada/Tidak\*), sebutkan \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Catatan tambahan lainnya :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | Tempat dan Tanggal PemeriksaanDokter yang memeriksaNamaNIP. |
|  |  |  |  |  |
| Keterangan : |
| \*)\*\*) | = coret yang tidak perlu= wajib diisi rincian terkait deskripsi kondisi disabilitas |