**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 Pemeriksaan  Dokter yang memeriksa  Nama  NIP. |
|  |  |  |  |  |
| Keterangan : | | | | |
| \*)  \*\*) | = coret yang tidak perlu  = wajib diisi rincian terkait deskripsi kondisi disabilitas | | | |