

Surat Keterangan Kesehatan Anak (Untuk Anak sampai dengan usia 12 tahun)

Nama Calon Tertanggung : _____ Jenis Kelamin : _____

Pekerjaan : _____ Usia : _____ thn : _____ bln.

Dokter pemeriksa diminta untuk mengirimkan Surat Keterangan ini di dalam amplop tertutup, karena merupakan rahasia antara dokter pemeriksa dengan perusahaan. Dokter pemeriksa juga diminta untuk tidak memberitahukan informasi apapun mengenai hasil pemeriksaan kepada calon tertanggung.

Bentuk Badan
a) Tinggi badan (tanpa sepatu) _____ m b) Berat Badan dengan/tanpa sepatu _____ Kg.
c) Lingkar kepala _____ cm

JAWABLAH PERTANYAAN-PERTANYAAN DI BAWAH INI	BERI PENJELASAN PADA KOLOM DI BAWAH INI				
1 a) Kenalkah saudara dengan calon ? Apakah hubungan saudara dengan calon ? b) Sepadankah umur dan rupanya ? c) Adakah tanda-tanda luar yang memberi kesan bahwa calon menderita suatu penyakit atau bertabiat kurang baik ? Jelaskan !					
2. Telinga, Hidung, Tenggorokan, Mata a) Apakah mulut, gigi dan lidah dalam kondisi sehat ? b) Apakah ada kelainan pada mata serta pupil ? c) Apakah ada gangguan pada telinga, hidung dan tenggorokan ? d) Adakah kelainan-kelainan pada leher, misalnya gejala-gejala Basedow, Struma atau gangguan Thyroid lainnya ?					
3. Kerangka, Otot dan Urat Syaraf a) Bagaimanakah keadaan kerangka, otot dan gizinya ? b) Adakah prasangka penyakit pada otak, spinal atau urat syaraf ? c) Bagaimana reflek-reflek lutut, Achili, perut, Cremaster, Babinski ? d) Adakah tanda-tanda kelainan neurologik?					
4. Sirkulasi Darah a) Tekanan Darah : b) Nadi : <table border="1" data-bbox="181 1371 441 1514"> <tr> <td>frekwensi per menit</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Pulsus ireguler/ Defisit</td> <td></td> </tr> </table> c) Adakah Tanda-tanda peripheral vascular disease ? d) Adakah tanda Oedema Extremitas atau Oedema tubuh lainnya?	frekwensi per menit		Pulsus ireguler/ Defisit		- Sistolik..... - Diastolik.....
frekwensi per menit					
Pulsus ireguler/ Defisit					
5. Rongga dada dan Paru-paru a) Adakah kelainan pada bentuk rongga dada ? b) Apakah pernafasan symetris dan teratur ? c) Adakah kelainan pada Perkusi dan Auskultasi ? d) Adakah calon Asthmatis ?					
6. Jantung a) Dimanakah Ictus Cordis dapat diraba ? b) Adakah tanda-tanda pembesaran jantung? c) Adakah murmur atau bunyi-bunyi jantung yang tidak normal ?	Jelaskan lokasi, waktu, intensitas, kualitas dan transmisi murmurnya !				

7. Perut dan Alat-alat Rongga Perut a) Bagaimana keadaan dinding perut dan isi perut misalnya nyeri tekan ? b) Apakah lambung dan usus sehat ? c) Apakah hepar dan lien sehat ? Adakah nyeri tekan/lepas/pembesaran ? d) Adakah bekas-bekas operasi ? e) Adakah Hernia ?	Jelaskan sebabnya !
8. Alat-alat kelamin (Urogenitalis) a) Bagaimanakah keadaan ginjal ? Nyeri ketok Costovertebral ? Ballotement ? b) Adakah pembesaran Kelenjar-kelenjar lain ? c) Hasil pemeriksaan kemih (harus dikeluarkan pada waktu pemeriksaan)	Warna _____ Reaksi _____ Berat Jenis _____ Glukosa _____ Kristal _____ Albumin (Protein) _____
9. a) Adakah tanda-tanda proses/penyakit keganasan, tumor atau pembesaran pada organ/jaringan tubuh ? Jelaskan lokasi, sifat-sifat dan tindak lanjut yang diperlukan ! b) Adakah tanda-tanda kemungkinan menderita gangguan imunologis misalnya AIDS atau pembesaran kelenjar limfe ?	
10. Khusus Wanita ! a) Apakah calon sudah mendapat menstruasi? Bila "Ya", pada umur berapa? b) Apakah ada kelainan dalam menstruasi?	
11. Khusus untuk Bayi (s/d usia 1 tahun) a) Tinggi/Berat badan saat lahir :cm/kg b) Bagaimana cara persalinannya ? (normal, operasi caesar, vaccum, forceps) c) Adakah ditemui komplikasi pada persalinan ? (seperti perdarahan, ketuban pecah dini, persalinan lebih dari 24 jam atau lainnya) d) Apakah ditemukan tanda-tanda kelainan pada saat bayi baru lahir? (seperti bayi terlihat biru/cyanotic, gangguan pernapasan, bayi berwarna kuning, cacat bawaan) e) Bagaimana dengan jadwal imunisasinya (BCG, DPT, Polio, lainnya). Mohon penjelasan (Jenis Imunisasi dan waktu imunisasi dilakukan) f) Bagaimana perkembangan kenaikan berat dan tinggi badan (tumbuh kembang) ?	
12. Kesimpulan a) Berdasarkan pemeriksaan saudara, apakah masih ada yang memerlukan pemeriksaan spesialis ? b) Apakah menurut saudara calon dapat diterima ? c) Berikan keterangan-keterangan lain yang dirasakan perlu untuk diketahui mengenai kondisi kesehatan calon Tertanggung !	

Saya menyatakan bahwa saya benar-benar melihat dan telah memeriksa kesehatan calon tertanggung, pada jam, hari....., tanggal....., 20.....

Tanda tangan orang tua Calon Tertanggung

Tanda Tangan Dokter Pemeriksa

Nama Dokter :

No. Ijin Praktek :

Alamat Praktek :