**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 | : |  |
|  | −−−−−− | Susunan syaraf pusat; sebutkan Organ Penginderaan; sebutkan Extremitas atas kanan/kiri/keduanya\*) Tangan dominan kanan/kiri\*)Extremitas bawah kanan/kiri/keduanya\*)Lain-lain  |
|  |  | **ANAMNESIS\*\*)** |
| 1. Riwayat disabilitas : | * Sejak lahir
* Sesudah kecelakaan, pada tahun
* Sesudah sakit, pada tahun
 |
| 1. Kemampuan mengurus diri\*):
	* Mampu
	* Sebagian besar bisa, jelaskan yang tidak bisa
	* Perlu bantuan penuh orang lain
 |
| 3. Bepergian keluar rumah:- Bisa sendiri/perlu di antar anggota keluarga\*) |
| **HASIL PEMERIKSAAN\*\*)**1. 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 dan 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*
 |

1. Disabilitas Mental
	1. Psikososial (Skizofrenia, Bipolar, Depresi, Anxietas dan Gangguan Kepribadian) \*)
	2. Disabilitas perkembangan (Autis/Hiperaktif) \*)
2. Derajat Disabilitas Fisik :
	1. Derajat 1: mampu melaksanakan aktivitas atau mempertahankan sikap dengan kesulitan
	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
3. Kemampuan Mobilitas:
	1. Jalan/ jalan perlahan/jalan dengan alat bantu/tidak mampu jalan\*)
	2. Naik tangga/naik tangga perlahan/tidak mampu naik tangga\*)
4. Gangguan Extremitas atas:
	1. Kanan: kekuatan 5/4/3/2/1/0
	2. Kiri: Kekuatan 5/4/3/2/1/0
5. Alat Bantu yang digunakan : Ada/Tidak\*), sebutkan
6. Penyakit lain : Ada/Tidak\*), sebutkan
7. Pengobatan : 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