**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