**Lampiran V**

|  |
| --- |
| **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, diagnosa………………….

 - Sesudah kecelakaan, pada tahun……., diagnosa……………. - Sesudah sakit, pada tahun……., diagnosa…………………….1. Kemampuan mengurus diri\*)

- Mampu- Sebagian besar bisa, jelaskan yang tidak bisa………………………………………...- Perlu bantuan penuh orang lain1. Bepergian keluar rumah:

- Bisa sendiri/perlu di antar anggota keluarga\*) |
| **HASIL PEMERIKSAAN\*\*)** |

1. Jenis Disabilitas
2. Disabilitass Fisik
3. Amputasi (Tangan/Kaki)\*)
4. Kelemahan bagian atas anggota gerak atas dan bawah
5. Paraplegi (anggota tubuh bagian bawah yang meliputi kedua tungkai dan organ panggul)
6. *Cerebral Palsy* (CP)
7. Disabilitas Sensorik
8. Netra
9. Buta total
10. Persepsi cahaya/*low vision*
11. Rungu
12. Wicara
13. Disabilitas Intelektual
14. Disabilitas grahita
15. Down syndroma
16. Disabilitas Mental
17. Psikososial (Skizofrenia, Bipolar, Depresi, Anxietas dan Gangguan Kepribadian) \*)
18. Disabilitas perkembangan (Autis/Hiperaktif) \*)
19. Derajat Disabilitas Fisik
20. Derajat 1: mampu melaksanakan aktivitas atau mempertahankan sikap dengan kesulitan
21. Derajat 2: mampu melaksanakan kegiatan atau mempertahankan sikap dengan bantuan alat bantu
22. Derajat 3: mampu melaksanakan aktivitas,sebagian memerlukan bantuan orang lain, dengan atau tanpa alat bantu
23. Derajat 4: dalam melaksanakan aktivitas, tergantung penuh terhadap pengawasan orang lain
24. Derajat 5: tidak mampu melakukan aktivitas tanpa bantuan penuh orang lain dan tersedianya lingkungan khusus
25. Derajat 6: tidak mampu penuh melaksanakan kegiatan sehari-hari meskipun dibantu penuh orang lain
26. Kemampuan Mobilitas
27. Jalan/ jalan perlahan/jalan dengan alat bantu/tidak mampu jalan\*)
28. Naik tangga/naik tangga perlahan/tidak mampu naik tangga\*)
29. Gangguan Extremitas atas:
30. Kanan: kekuatan 5/4/3/2/1/0
31. 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
3. Alat Bantu yang digunakan: Ada/Tidak \*), sebutkan………………………………………
4. Penyakit lain: Ada/Tidak \*), sebutkan………………………………………………………
5. Pengobatan: Ada/Tidak \*), sebutkan………………………………………………………..

Catatan tambahan lainnya:

…………………………………………………………………………………………………...…

……………………………………………………………………………………………………...

Tempat dan Tanggal Pemeriksaan

Dokter yang memeriksa

(TTD & Stempel RS/Puskesmas)

Nama

NIP…..

Keterangan:

\*) coret yang tidak perlu

\*\*) wajib diisi rincian terkait deskripsi kondisi disabilitas