

**KASUS KECELAKAAN KERJA**

Dengan ini saya dokter yang memeriksa peserta PT ASABRI (persero) dibawah ini :

Nama Dokter : \_\_\_\_\_ Jabatan : \_\_\_\_\_  
 Nama fasilitas kesehatan/institusi : \_\_\_\_\_ Nomor Telepon/Hp : \_\_\_\_\_  
 Alamat Fasilitas kesehatan/institusi : \_\_\_\_\_

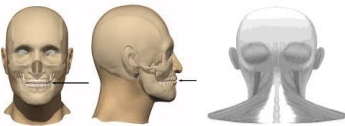
**Menerangkan dengan sesungguhnya bahwa :**

1. Nama peserta ASABRI : \_\_\_\_\_  
 Nomor Revferensi / Nomor Peserta : \_\_\_\_\_  
 2. Nama Kesatuan : \_\_\_\_\_  
 3. Tanggal Kecelakaan : tgl. \_\_\_\_\_ bln \_\_\_\_\_ thn \_\_\_\_\_  
 4. Tanggal Pemeriksaan oleh dokter : tgl. \_\_\_\_\_ bln \_\_\_\_\_ thn \_\_\_\_\_  
 5. Berdasarkan anamesa : \_\_\_\_\_

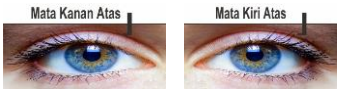
6. Berdasarkan pemeriksaan fisik :  
 - Bagian tubuh luar yang cedera :

<input type="checkbox"/> Kepala (batok kepala)	<input type="checkbox"/> Dahi kanan	<input type="checkbox"/> Pelipis kanan	<input type="checkbox"/> Dahi kiri	<input type="checkbox"/> Pelipis kiri
<input type="checkbox"/> Mata kanan	<input type="checkbox"/> Hidung kanan	<input type="checkbox"/> Hidung kiri	<input type="checkbox"/> Mata kiri	<input type="checkbox"/> Hidung kiri
<input type="checkbox"/> Mulut	<input type="checkbox"/> Gigi	<input type="checkbox"/> Lidah	<input type="checkbox"/> Pipi kiri	<input type="checkbox"/> Dag
<input type="checkbox"/> Pipi Kanan	<input type="checkbox"/> Rahang kanan	<input type="checkbox"/> Pipi kiri	<input type="checkbox"/> Rahang kiri	
<input type="checkbox"/> Telinga kanan		<input type="checkbox"/> Telinga kiri		
<input type="checkbox"/> Bahu kanan	<input type="checkbox"/> Dada kanan	<input type="checkbox"/> Bahu kiri	<input type="checkbox"/> Dada kiri	
<input type="checkbox"/> Leher	<input type="checkbox"/> Tenggorokan	<input type="checkbox"/> Jakun		
<input type="checkbox"/> Tulang Rusuk kanan	<input type="checkbox"/> Perut kanan	<input type="checkbox"/> Tulang rusuk kiri	<input type="checkbox"/> Perut kiri	
<input type="checkbox"/> Pusar	<input type="checkbox"/> Pinggul kanan	<input type="checkbox"/> Pinggul kiri		
<input type="checkbox"/> Penis	<input type="checkbox"/> Scotum	<input type="checkbox"/> Vagina	<input type="checkbox"/> Klitoris	
<input type="checkbox"/> Telapak kaki kanan	<input type="checkbox"/> Tumit kanan	<input type="checkbox"/> Telapak kaki kiri	<input type="checkbox"/> Tumit kiri	
<input type="checkbox"/> Jari kaki kanan		<input type="checkbox"/> Jari kaki kiri		
<input type="checkbox"/> Lengan kanan	<input type="checkbox"/> Siku kanan	<input type="checkbox"/> Lengan kiri	<input type="checkbox"/> Siku kiri	
<input type="checkbox"/> Pergelangan tangan kanan	<input type="checkbox"/> Telapak tangan kanan	<input type="checkbox"/> Pergelangan tangan kiri	<input type="checkbox"/> Telapak tangan kiri	
<input type="checkbox"/> Jari tangan kanan pada jari..... Pada ruas jari.....				
<input type="checkbox"/> Jari tangan kiri pada jari..... Pada ruas jari.....				
<input type="checkbox"/> Paha kanan	<input type="checkbox"/> Lutut kanan	<input type="checkbox"/> Paha kiri	<input type="checkbox"/> Lutut kiri	
<input type="checkbox"/> Betis kanan	<input type="checkbox"/> tulang kering kanan	<input type="checkbox"/> Betis kiri	<input type="checkbox"/> Betis kiri	
<input type="checkbox"/> Pergelangan kaki kanan		<input type="checkbox"/> Pergelangan kaki kiri		
<input type="checkbox"/> Jari kaki kanan pada jari..... Pada ruas jari.....				
<input type="checkbox"/> Jari kaki kiri pada jari..... Pada ruas jari.....				

Uraian lain-lain.....



Kanan/Kiri



Mata Kanan Atas

Mata Kiri Atas



Kanan/Kiri

Kanan/Kiri

Kanan/Kiri



Kanan/Kiri



Kanan/Kiri



Kanan/Kiri

**KASUS KECELAKAAN KERJA**

- Bagian organ tubuh bagian dalam yang cedera :
- |                                        |                                            |                                     |                                         |
|----------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ginjal        | <input type="checkbox"/> Hati              | <input type="checkbox"/> Jantung    | <input type="checkbox"/> Kandung empedu |
| <input type="checkbox"/> Esofagus      | <input type="checkbox"/> Kulit             | <input type="checkbox"/> Paratiroid | <input type="checkbox"/> Pituitari      |
| <input type="checkbox"/> Kandung kemih | <input type="checkbox"/> Limpa             | <input type="checkbox"/> Mata       | <input type="checkbox"/> Otak           |
| <input type="checkbox"/> Ovarium       | <input type="checkbox"/> Testis/buah zakar | <input type="checkbox"/> Pankreas   | <input type="checkbox"/> Paru-paru      |
| <input type="checkbox"/> Lambung       | <input type="checkbox"/> Usus halus        | <input type="checkbox"/> Usus besar | <input type="checkbox"/> Rahim          |
| <input type="checkbox"/> Thymus        | <input type="checkbox"/> Tiroid            | <input type="checkbox"/> Arteri     | <input type="checkbox"/> Vena           |

Uraian lain-lain .....

7. Penatalaksanaan atau tindakan medis yang diberikan :

8. Hasil pemeriksaan/pengobatan :

Sembuh tanpa cacat

Cacat anatomi akibat kehilangan anggota badan.....

Cacat fungsi pada badan.....

dengan besarnya cacat fungsi.....% terbilang (.....)

Memerlukan prothesa berupa.....

Memerlukan orthose berupa.....

Meninggal dunia pada tgl    bln   thn    Jam   :

9. Setelah sembuh peserta dapat melakukan pekerjaan :

Biasa dengan kondisi tertentu berupa.....

Ringan dengan kondisi tertentu berupa.....

Tidak dapat bekerja

Terhitung tanggal : tgl    bln   thn    s.d. tgl    bln   thn

10. Lamanya perawatan/pengobatan : dari tgl    bln   thn    s.d. tgl    bln   thn

11. Diberikan istirahat : dari tgl    bln   thn    s.d. tgl    bln   thn

12. Keterangan lain jika diperlukan :

Dengan ini saya menyatakan bahwa data dan keterangan yang saya sampaikan kepada PT ASABRI (Persero) dalam rangka pelaporan kasus kecelakaan kerja Tahap II adalah benar. Apabila data yang diberikan tidak benar, saya bersedia dikenakan sanksi peraturan perundangan yang berlaku.

Kota/Kab : \_\_\_\_\_

Tanggal : \_\_\_\_\_

.....(tanda tangan Dokter pemeriksa dan stempel Faskes)

Nama : \_\_\_\_\_

Jabatan : \_\_\_\_\_

.....(tanda tangan pimpinan dan stempel Satker)