



SCREENING COVID-19

No Register :

Harap mengisi asesment berikut untuk mengetahui resiko COVID-19 anda sebelum melanjutkan pendaftaran pasien. Demi kesehatan dan keselamatan bersama anda harus JUJUR dalam menjawab pertanyaan di bawah ini.

Dalam 14 hari terakhir apakah anda pernah mengalami hal-hal berikut:

1. Apakah pernah keluar rumah/tempat umum (pasar, fasyankes, kerumunan orang, dan lain-lain)? Ya Tidak
2. Apakah pernah menggunakan transportasi umum? Ya Tidak
3. Apakah anda pernah melakukan perjalanan keluar kota/internasional? (wilayah terjangkit/zona merah) Ya Tidak
4. Apakah anda mengikuti kegiatan yang melibatkan banyak orang? Ya Tidak
5. Apakah anda memiliki riwayat kontak erat yang dinyatakan kasus suspek, kontak erat, dan konfirmasi covid-19? (berjabat tangan, berbicara, berada dalam satu ruangan/ satu rumah) Ya Tidak
7. Keluhan
 - Demam (14 Hari terakhir jika ada keluhan demam) Ya (.....°C) Tidak
 - Batuk/ Pilek Ya Tidak
 - Sesak Nafas Ya Tidak
 - Badan Lemah Ya Tidak
 - Diare Ya Tidak
 - Kejang Ya Tidak
 - Kaku Kaduk Ya Tidak
 - Mata memerah Ya Tidak
 - Mata menguning Ya Tidak
 - Kulit Ruam Kemerahan Ya Tidak
 - Lainnya
6. Tujuan Pemeriksaan Perjalanan
 Riwayat kontak dengan pasien + Covid-19
 Lainnya :



SURAT PERNYATAAN INFORMASI PASIEN TERKAIT COVID-19

No Register :

Bahwa yang bertandatangan di bawah ini :

Nama :

Tanggal lahir :

Alamat KTP :

Alamat Domisili :

Alamat Pekerjaan :

No. telp :

Selaku pasien/ suami/ istri/ orangtua/ saudara kandung/ lainnya (.....) atas nama pasien di bawah ini :

Nama :

Tanggal lahir :

Alamat KTP :

Alamat Domisili :

Alamat Pekerjaan :

Menyatakan bahwa saya memberikan informasi dan keluhan masalah kesehatan dengan jujur, lengkap, dan sebenar - benarnya tidak ada yang kami tutup-tutupi atau kami sembunyikan, **TERUTAMA HAL - HAL YANG TERKAIT DENGAN COVID-19.**

Apabila di kemudian hari ditemukan bukti/ fakta bahwa saya berbohong atau tidak jujur mengenai hal ini, maka saya bersedia untuk:

Dilaporkan ke pihak **KEPOLISIAN** atas kebohongan yang saya berikan dengan dugaan tindak pidana:

1. Memberikan keterangan palsu secara lisan/ tertulis berdasarkan Pasal 242 ayat (1) dan ayat (3) Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP).
2. Pemalsuan isi surat pernyataan pasien berdasarkan Pasal 263 ayat (1) Kitab Undang - Undang Hukum Pidana (KUHP).
3. Sengaja menghalangi pelaksanaan penanggulangan wabah berdasarkan Pasal 14 Undang Nomor 4 Tahun 1984 tentang Wabah Penyakit Menular.
4. Tidak mematuhi penyelenggaraan kekarantinaan kesehatan dan/ atau menghalang - halangi penyelenggaraan Kekarantinaan Kesehatan sehingga menyebabkan Kedaruratan Kesehatan Masyarakat berdasarkan Pasal 93 Undang - Undang Nomor 6 Tahun 2018 tentang Kekarantinaan Kesehatan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat, pernyataan ini berlaku selama berobat di RSGM IIK Bhakti Wiyata dan mempunyai kekuatan hukum mengikat sehingga dapat dipergunakan sebagaimana mestinya.

Kediri,

Yang Menyatakan,

Saksi Keluarga,

Saksi Petugas RSGM IIK
Bhakti Wiyata,

(.....) (.....) (.....)

Nb: Hasil pemeriksaan Covid-19 akan dilaporkan kepada Dinas Kesehatan Kota Kediri