

Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK)

1. Tanggal pengisian formulir SMPK : ____ / ____ / ____ (HH/BB/TTTT)			
2. a. Nama fasilitas kesehatan yang melaporkan kematian: _____			
b. Nomor Kode fasilitas kesehatan: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
3. Nomer rekam medis: _____			
4. Nama lengkap: _____			
5. NIK: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
6. Jenis kelamin: <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Tidak diketahui			
7. Tempat (Kab/Kota), tanggal lahir: _____, ____ / ____ / ____ <input type="checkbox"/> Tidak diketahui <small style="margin-left: 100px;">HH BB TTTT</small> Usia saat meninggal: ____ hari/minggu/bulan/tahun <small style="margin-left: 100px;">(lingkari salah satu)</small>			
8. Tempat (Kab/Kota), tanggal dan waktu meninggal: _____ <small style="margin-left: 150px;">HH BB TTTT JAM MENIT</small>			
9. Alamat sesuai KTP: _____ Provinsi: _____ Kecamatan: _____ RT/RW: ____ / ____ Kota/Kabupaten: _____ Kelurahan: _____			
10. Alamat sesuai domisili saat ini: _____ Provinsi: _____ Kecamatan: _____ RT/RW: ____ / ____ Kota/Kabupaten: _____ Kelurahan: _____			
11. Cara mati (<i>pilih salah satu</i>) <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div><input type="checkbox"/> Sakit</div> <div><input type="checkbox"/> Kekerasan</div> <div><input type="checkbox"/> Tidak dapat ditentukan</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div><input type="checkbox"/> Kecelakaan</div> <div><input type="checkbox"/> Keputusan hukum</div> <div><input type="checkbox"/> Investigasi masih berjalan</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div><input type="checkbox"/> Bunuh diri</div> <div><input type="checkbox"/> Perang/Konflik</div> <div><input type="checkbox"/> Tidak diketahui</div> </div>			
12. Jika penyebabnya eksternal atau racun (bukan karena sakit), a. Sebutkan tanggal kejadian: ____ / ____ / ____ (HH/BB/TTTT) b. Jelaskan bagaimana penyebab eksternal terjadi (bukan karena sakit). Jika karena racun, sebutkan jenis racunnya: _____ c. Tempat kejadian penyebab eksternal (bukan karena sakit): <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div><input type="checkbox"/> Rumah</div> <div><input type="checkbox"/> Area olahraga</div> <div><input type="checkbox"/> Area industri atau konstruksi</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div><input type="checkbox"/> Asrama/panti</div> <div><input type="checkbox"/> Sekolah, kantor, institusi atau tempat layanan publik</div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div><input type="checkbox"/> Area pertanian</div> <div><input type="checkbox"/> Jalan raya/tol</div> <div><input type="checkbox"/> Area perdagangan atau jasa</div> </div> <div><input type="checkbox"/> Tempat lainnya (jelaskan detailnya) _____</div>			
13. Jika kematian janin atau bayi a. Kehamilan kembar (<i>pilih salah satu</i>) <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak diketahui b. Lahir mati (<i>pilih salah satu</i>) <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tidak diketahui c. Jika kematian terjadi dalam kurun 24 jam pertama, sebutkan berapa jam bayi bertahan hidup ____ jam d. Waktu kelahiran (jam: menit): ____ : ____ e. Berat lahir: ____ gram f. Usia kehamilan yang dilewati: ____ minggu g. Usia ibu: ____ tahun h. Jika kematian perinatal, sebutkan kondisi/penyakit maternal yang mempengaruhi janin/bayi baru lahir (<i>pilih salah satu</i>): <input type="checkbox"/> M1: komplikasi plasenta, tali pusat dan selaput ketuban <input type="checkbox"/> M2: komplikasi kehamilan ibu <input type="checkbox"/> M3: komplikasi inpartu dan persalinan <input type="checkbox"/> M4: kondisi medis dan operasi ibu <input type="checkbox"/> M5: tidak ada komplikasi kondisi ibu <input type="checkbox"/> M6: Kondisi/penyakit lainnya (sebutkan) _____			

Sertifikat Medis Penyebab Kematian (SMPK)

14. Kematian perempuan

a. Apakah almarhumah, sedang/pernah hamil dalam kurun waktu 1 tahun terakhir? *(pilih salah satu)*

☐ Ya* ☐ Tidak ☐ Tidak diketahui

b. *Jika Ya, pilih salah satu kondisi saat meninggal: *(pilih salah satu)*

☐ Sedang hamil ☐ Dalam kurun 42 hari sebelum kematian (masa nifas)

☐ 43 hari - 1 tahun sebelum kematian (late maternal death) ☐ Tidak diketahui

c. * Jika Ya, Apakah kehamilan tersebut berkontribusi menyebabkan kematian? *(pilih salah satu)*

☐ Ya ☐ Tidak ☐ Tidak diketahui

15. Data Medis

Masukkan rangkaian kejadian--penyakit, cedera, atau komplikasi yang menyebabkan kematian.
JANGAN masukkan kejadian terminal seperti henti jantung, henti napas, atau fibrilasi ventrikel tanpa menunjukkan etiologinya. JANGAN TULIS SINGKATAN.
Masukkan hanya satu penyebab pada satu baris. Tambahkan baris tambahan jika perlu.

Penyakit atau kondisi menyebabkan	Penyebab kematian	Interval waktu dari awal penyakit sampai kematian. Tulis interval waktu (angka) dengan keterangan waktu (tahun/bulan/minggu/hari/jam/menit)
Bagian 1 Laporkan penyakit atau kondisi yang langsung menyebabkan kematian pada baris a Jika ada, laporkan rangkaian kejadian yang menyebabkan kematian secara berurutan pada baris berikutnya (b,c,d). Catat penyebab dasar dari kematian pada baris terbawah yang digunakan	a)	
	b) <i>disebabkan oleh:</i>	
	c) <i>disebabkan oleh:</i>	
	d) <i>disebabkan oleh:</i>	

Bagian 2. Kondisi/diagnosis lainnya yang berkontribusi pada kematian dan durasi kejadian. Durasi kejadian dituliskan dalam tanda kurung setelah nama kondisi.

Data Medis Lainnya

16. Dalam 4 minggu sebelum kematian, apakah pernah dilakukan tindakan operasi?

☐ Ya** ☐ Tidak ☐ Tidak diketahui

**Jika Ya:
Sebutkan tanggal operasi dilaksanakan: ____ / ____ / ____ (HH/BB/TTTT)
Jelaskan alasan operasi dilaksanakan (penyakit atau kondisi tertentu): _____

17. Apakah dilakukan autopsi: ☐ Ya*** ☐ Tidak ☐ Tidak diketahui

***Jika Ya, apakah hasil autopsi digunakan untuk SMPK:

☐ Ya ☐ Tidak ☐ Tidak diketahui

Dokter yang menerangkan

Nama: _____

No SIP: _____