

# KARTU PASIEN

Tanggal Perjanjian  
Mengambil Obat, Konsultasi Dokter, Pemeriksaan lain

No. Rekam Medis

--	--	--	--	--	--

No. Register Nasional

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NIK

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama :

Alamat Lengkap :

No. Telepon :

Jenis kelamin :  L  P    Umur : ..... Tgl lahir : ...../...../.....

Nama Ibu Kandung : .....

Nama PMO : .....

Alamat PMO : .....

No. telepon : .....

## Pemeriksaan Klinis dan Laboratorium

	<u>Tanggal</u> <u>hh/bb/tt</u>	<u>Stad</u> <u>Klinis</u>	BB	<u>Status</u> <u>fungsional</u> <u>(K,AmB,B)</u>	Jumlah CD4	Lain- lain
Kunjungan pertama						
Memenuhi syarat medis ART						
Saat mulai ART						
Setelah 6 bulan ART						
Saat 12 bulan ART						
<u>Saat 24 bulan ART</u>						
<u>Saat 36 bulan ART</u>						
<u>Saat 48 bulan ART</u>						
<u>Saat 60 bulan ART</u>						

Tanggal Kunjungan	Rejimen dan jumlah obat ARV yang sisa	Jumlah INH yang sisa	Jumlah INH yang diberikan untuk bulan berikutnya	Efek samping ARV/IO/ profilaksis IO	Rencana tgl. Kunjungan y.a.d

*Bisa diisi ort tidak perlu diganti dengan kartu baru*

Catatan Penting: oleh Dokter atau Perawat

.....

.....

.....

- CATATAN:**
1. Simpanlah kartu ini di rumah dan bawa lah bila datang ke Unit Pengobatan
  2. Anda dapat eschibantu mengurangi penyeban penyakit bila mengikuti aturan pengobatan dengan menelan obat secara teratur