



**RAHASIA**

**SERTIFIKAT MEDIS PENYEBAB KEMATIAN**

Bulan/Tahun : / /  Nama RS/Puskesmas : ..... Kode RS/Puskesmas :   
 No Urut Pencatatan Kematian :  No Rekam Medis :

**I. Identitas Jenazah**

1. Nama Lengkap : ..... (HURUF CETAK)
2. No Induk Kependudukan (NIK) : ..... No Kartu Keluarga : .....
3. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki 2. Perempuan
4. Tempat/ Tanggal Lahir : ..... Tanggal ..... Bulan ..... Tahun .....
5. Agama : .....
6. Alamat Tempat Tinggal : Jalan/ Gang ..... No ..... RT/RW .....  
 Kelurahan/ Desa ..... Kecamatan .....  
 Kota / Kab ..... Kode Pos ..... Telp. ....
7. Status Kependudukan : 1. Penduduk 2. Bukan Penduduk
8. Hubungan dengan Kepala Rumah Tangga : 1. Kepala Rumah Tangga 2. Suami/ Isteri 3. Anak 4. Menantu 5. Cucu  
 6. Orang Tua/ Mertua 7. Famili Lain 8. Pembantu Rumah Tangga 9. Lainnya
- 9a. Waktu Meninggal : Tanggal ..... Bulan ..... Tahun ..... Pukul ..... 9b. Umur saat meninggal .....
10. Tempat Meninggal : 1. Rumah Sakit 2. Puskesmas 3. Rumah Bersalin 4. Rumah Tempat Tinggal 5. Lainnya (Termasuk meninggal di perjalanan/Doa)

**II. Keterangan Khusus Kasus Kematian di Rumah atau Lainnya (termasuk DoA)**

1. Status Jenazah : 1. Belum dimakamkan/ Belum dikremasi  
 2. Telah dimakamkan/ Telah dikremasi; Tanggal ..... Bulan ..... Tahun .....
2. Nama Pemeriksa Jenazah : ..... Kualifikasi Pemeriksa : 1. Medis 2. Paramedis
3. Waktu Pemeriksaan Jenazah : Tanggal ..... Bulan ..... Tahun ..... Pukul .....

**III. Penyebab Kematian**

1. Dasar Diagnosis (Dapat lebih dari satu) : 1. Rekam Medis 2. Pemeriksaan Luar Jenazah 3. Autopsi Forensik  
 4. Autopsi Medis 5. Autopsi Verbal  
 6. Surat Keterangan Lainnya .....
2. Kelompok Penyebab Kematian (Lingkari Salah Satu) :

**PENYAKIT/GANGGUAN**

1. Penyakit Khusus\*)
2. Penyakit Menular
3. Penyakit Tidak Menular
4. Gangguan Maternal (kehamilan/persalinan/nifas)
5. Gangguan Perinatal (0-6 hari)
6. Gejala, Tanda dan Kondisi Lainnya
7. Cedera Kecelakaan Lalu Lintas
8. Cedera Kecelakaan Kerja
9. Cedera Lainnya

**CEDERA\*\*)**

Pihak Yang Menerima

Jakarta, ...../...../ 20....  
Dokter Yang Menerangkan,

Nama Jelas  
Hub. dg Almarhum/ah

Nama Jelas :  
Jabatan & Cap Instansi

**3. Penyebab Kematian Berdasarkan ICD - 10**

**a. Kematian Umur 7 Hari Ke Atas**

1. Penyebab Langsung a) .....  
 Penyebab Antara b) .....  
 c) .....  
 Penyebab Dasar d) .....

**2. Kondisi lain yang berkontribusi tapi tdk terkait dgn 1a-d**

**b. Kematian Umur 0 - 6 Hari Termasuk Lahir Mati**

1. Penyebab Utama Bayi : .....  
 Penyebab Lain bayi : .....
2. Penyebab Utama Ibu : .....  
 Penyebab Lain Ibu : .....

Selang waktu mulai terjadinya penyakit sampai meninggal				ICD-10 (Diisi oleh petugas kode)
Tahun	Bulan	Hari	Jam	

Jakarta, ...../...../ 20....  
Dokter Yang Mendiagnosis

Nama Jelas :  
Jabatan & Cap Instansi

\*) Jenazah memerlukan perlakuan khusus  
 \*\*) Jika Penyebab Kematian Karena Cedera Form SMPK Diisi Setelah Prosedur Baku Selesai