Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
(PGI)

FORMULIR SKRINING/ RUJUKAN IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
(PGI)

FORMULIR SKRINING/RUJUKAN IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

PGI
Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia
Indonesian Society of Gastroenterology

Formulir Skrining/Rujukan IBD
(Inflammatory Bowel Disease)

Inisial Nama Pasien :
Jenis Kelamin :
Usia :
Nama Rumah Sakit :
Nama Dokter :

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 1 (satu) temuan ini:

Diare berdarah selama >1 minggu	Ya / Tidak
Diare tanpa darah selama >1 bulan	Ya / Tidak
Abses perianal atau fistula berulang	Ya / Tidak

Mohon untuk merujuk pasien ini kepada Konsultan Gastroenterohepatologi (KGEH) untuk kecurigaan IBD, bila terdapat setidaknya 2 (dua) temuan ini:

Peningkatan Laju Endap Darah (LED) atau peningkatan kadar CRP	Ya / Tidak
Penurunan berat badan	Ya / Tidak
Nyeri perut berkepanjangan – terutama bila nyeri disertai gangguan fungsi pencernaan, semakin memberat, atau mengganggu tidur	Ya / Tidak
Riwayat IBD pada keluarga	Ya / Tidak
Gejala ekstra-intestinal (misalnya sariawan mulut, mata merah dan sakit, kulit gatal dan kemerahan, nyeri sendi, luka/koreng pada kulit)	Ya / Tidak
Pada pasien anak – gangguan pertumbuhan yang tidak dapat dijelaskan	Ya / Tidak

Formulir ini resmi milik Perkumpulan Gastroenterologi Indonesia (PGI)

With Educational Grant From

PIPInterna
PERKUMPULAN INFORMASI DAN PENERBITAN INTERNA