

Subject No :

Day 1, Onset (baseline)

DEMOGRAPHIC DATA	
1. Subject name (initial)
2. Medical record number
3. Birth date / Age	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / Date Month Years
4. Gender	<input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
5. Marriage status	<input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorce <input type="checkbox"/> Not Married
6. Educational background	<input type="checkbox"/> Elementary school <input type="checkbox"/> Bachelor degree <input type="checkbox"/> Junior high school <input type="checkbox"/> Others (please describe)..... <input type="checkbox"/> Senior high school
7. Occupation	<input type="checkbox"/> Civil servant <input type="checkbox"/> Retired <input type="checkbox"/> Entrepreneur <input type="checkbox"/> Unemployment <input type="checkbox"/> Private employee <input type="checkbox"/> Others (please describe).....
8. Type of health financing	<input type="checkbox"/> Public insurance <input type="checkbox"/> Company insurance <input type="checkbox"/> Private insurance <input type="checkbox"/> Others (please describe)..... <input type="checkbox"/> Fee for service

Subject No :

Day 1, Onset (baseline)

MEDICAL HISTORY AND CO-TREATMENT

Does the subject have any past or present medical condition?

If the response is "yes", please complete the details below :

Yes

No

Condition	Co-Treatment
<input type="checkbox"/> Hypertension	<input type="checkbox"/> Anti hypertensive agent
<input type="checkbox"/> Diabetes melitus	<input type="checkbox"/> Anti diabetic agent
<input type="checkbox"/> Heart disease	<input type="checkbox"/> Anti platelet agent
<input type="checkbox"/> Gastrointestinal disease	<input type="checkbox"/> Proton pump inhibitor/H2 blocker
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anti coagulant
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Subject No :

Day 1, Onset (baseline)**NIHSS**

Date of assessment :

 - -

Date

Month

Years

NO	PARAMETER YANG DINILAI	SKALA	SKOR
1a	Tingkat Kesadaran	0 = sadar penuh 1 = somnolen 2 = stupor 3 = koma	
1b	Menjawab pertanyaan. Tanyakan bulan dan usia pasien. Yang dinilai adalah jawaban pertama, pemeriksa tidak diperkenankan membantu pasien dengan verbal atau non verbal.	0 = benar semua 1 = 1 benar/ETT/disartria 2 = salah semua/ afasia/ stupor/ koma	
1c	Mengikuti perintah. Berikan 2 perintah sederhana; membuka & menutup mata, menggegam tangan & melepaskannya, atau 2 perintah lain.	0 = mampu melakukan 2 perintah 1 = mampu melakukan 1 perintah 2 = tidak mampu melakukan perintah	
2	Gaze : Gerakan mata konyugat horisontal	0 = normal 1 = abnormal pada 1 mata 2 = deviasi konyugat kuat atau paresis konyugat pada 2 mata	
3	Visual : lapang pandang pada tes konfrontasi	0 = tidak ada gangguan 1 = kuadrianopsia 2 = hemianopiatotal 3 = hemianopia bilateral/ buta kortikal	
4	Paresis wajah. Anjurkan pasien menyeringai atau mengangkat alis dan menutup mata	0 = normal 1 = Paresis wajah ringan (lipatan nasolabial datar, senyum asimetris)	

		<p>2 = paresis wajah partial (paresis wajah bawah total atau hamper total)</p> <p>3 = paresis wajah total (paresis wajah sisi atau 2 sisi)</p>	
5	Motorik lengan. Anjurkan pasien mengangkat lengan hingga 4 derajat bila tidur	<p>0 = mampu mengangkat lengan minimal</p> <p>1 = lengan terjatuh sebelum 10 detik</p> <p>2 = tidak mampu mengangkat secara penuh 90 derajat atau 45 derajat</p> <p>3 = tidak mampu mengangkat hanya bergeser</p> <p>4 = tidak ada gerakan</p> <p>5a. Nilai lengan kiri</p> <p>5b. Nilai lengan kanan</p>	
6	Motorik tungkai. Anjurkan pasien tidur posisi terlentang dan mengangkat tungkai 30 derajat	<p>0 = mampu mengangkat tungkai 30 derajat minimal 5</p> <p>1 = tungkai jatuh ke tepat tidur pada akhir detik ke-5</p> <p>2 = tungkai jatuh sebelum 5 detik tetapi ada usaha</p> <p>3 = tidak mampu melawan gravitasi</p> <p>4 = tidak ada gerakan</p> <p>6a. Nilai tungkai kiri</p> <p>6b. Nilai tungkai kanan</p>	
7	Ataksia anggota badan. Menggunakan tes tunjuk jari hidung	<p>0 = tidak ada ataksia</p> <p>1 = ataksia pada satu ekstremitas</p> <p>2 = ataksia pada 2 lebih ekstremitas</p>	
8	Sensorik. Lakukan tes pada seluruh tubuh; tungkai, lengan, bida, dan wajah. Pasien afasia diberi nilai 1. Pasien stupor atau koma diberi nilai 2	<p>0 = Normal</p> <p>1 = gangguan sensori ringan hingga sedang. Ada gangguan sensori terhadap nyeri tetapi masih merasa bila disentuh</p> <p>2 = gangguan sensori berat atau total</p>	
9	Bahasa terbaik. Anjurkan pasien untuk menjelaskan suatu gambar atau membaca suatu tulisan. Bila pasien mengalami kebutaan, letakkan suatu benda di tangan pasien dan anjurkan untuk menjelaskan benda termaksud. Pasien dengan intubasi anjurkan untuk menulis	<p>0 = normal</p> <p>1 = afasia ringan hingga sedang, bicara kurang lancar</p> <p>2 = afasia berat</p> <p>3 = mute, afasia global, koma</p>	

10	Disartria	0 = normal	
		1 = disartria ringan	
		2 = disartria berat	
11	Neglect atau inatensi	0 = tidak ada neglect	
		1 = tidak ada atensi pada salah satu modalitas berikut, visual, tactile, auditory, spatial, or personal inattention	
		2 = tidak ada atensi pada lebih dari satu modalitas	
		TOTAL NILAI	
	Keterangan		
	Skor < 5 : defisit neurolois ringan		
	Skor 6-14 : defisit neurologis sedang/ cukup berat		
	Skor 15-24 : defisit neurologis berat		
	Skor >25 : defisit neurologis sangat berat		

Hasil Pasien

PID :
Nama :
Tanggal lahir :
No. Lab :
Jenis Kelamin :
Umur :
Tgl. Order :

No	Pemeriksaan	H/L	Hasil	Satuan	Nilai Rujukan
1	RDW			%	11.5-14.5
2	MCV			fL	80.0-94.0

Subject No :

Day 30

Modified Rankin Scale

Date of assessment : - -
Date Month Years

PARAMETER	SKALA	SKOR
Tidak ada gangguan neurologik sama sekali	0	
Tidak ada disabilitas yang signifikan, pasien dapat membawa semua kebutuhannya untuk aktivitas hariannya tanpa bantuan orang lain	1	
Disabilitas ringan, tidak dapat membawa beberapa benda untuk kebutuhan aktivitas hariannya, tetapi dapat menolong diri sendiri tanpa banyak bantuan	2	
Disabilitas sedang, membutuhkan bantuan orang lain untuk semua aktivitasnya tetapi masih mampu berjalan tanpa pendamping	3	
Disabilitas sedang berat, tidak mampu berjalan dan tidak mampu melakukan aktivitas harian untuk kebutuhan dasar kehidupannya tanpa bantuan orang lain	4	
Disabilitas berat, tidak ada aktivitas, hanya di tempat tidur, mengompol, dan membutuhkan perhatian dan perawatan teratur	5	
Meninggal	6	