

ANAMNESIS

IDENTITAS (Diisi Calon Mahasiswa Baru)

No. Pendaftaran SNMPTN :
Nama :
Program Studi* : PSPD / FARMASI

ISI SEMUA PERTANYAAN BERIKUT INI BERIKAN TANDA CENTANG (v) PADA PILIHAN YANG PALING SESUAI DENGAN KEADAAN CAMABA.

NO	APAKAH ANDA PERNAH/SEDANG MENGALAMI	TIDAK	YA, kapan ...
1.	Penurunan berat badan drastis yang tidak diketahui sebelumnya	☐	☐
2.	Keluhan letih, lesu, lemah yang tidak jelas penyebabnya	☐	☐
3.	Benjolan tidak wajar di tubuh	☐	☐
4.	Keluhan luka yang sulit sembuh	☐	☐
5.	Lebam-lebam (serupa memar) di tubuh yang tidak dapat dijelaskan penyebabnya	☐	☐
6.	Sering mengalami perdarahan panjang baik spontan atau karena terluka	☐	☐
7.	Gangguan menstruasi memanjang	☐	☐
8.	Riwayat keluarga dengan penyakit tumor/keganasan (sebutkan) ...	☐	☐
9.	Mendapatkan terapi imunosupresi	☐	☐
10.	Menjalankan kemoterapi	☐	☐
11.	Sakit kepala berulang	☐	☐
12.	Amnesia (lupa ingatan) karena jatuh terbentur pada kepala	☐	☐
13.	kejang	☐	☐
14.	Gangguan koordinasi anggota gerak dan keseimbangan tubuh	☐	☐
15.	Didiagnosis dokter penyakit Paru-paru	☐	☐
16.	Riwayat batuk berulang/lama lebih dari 1 bulan	☐	☐
17.	Riwayat batuk darah	☐	☐
18.	Didiagnosis dokter penyakit asma/sesak	☐	☐
19.	Sering pingsan tanpa sebab yang jelas	☐	☐
20.	Riwayat Penyakit Jantung	☐	☐
21.	Riwayat biru pada bibir/tangan/kaki	☐	☐
22.	Riwayat keringat dingin tangan/kaki	☐	☐
23.	Riwayat operasi/dirawat di rumah sakit (sebutkan)	☐	☐
24.	Riwayat Penyakit saluran pencernaan (sebutkan)	☐	☐
25.	Riwayat muntah darah	☐	☐
26.	Riwayat berak darah	☐	☐

27.	Riwayat demam berulang selama ≥ 2 bulan	☐	☐
28.	Riwayat diare berulang selama ≥ 2 bulan	☐	☐
29.	Riwayat sariawan berulang selama ≥ 2 bulan	☐	☐
30.	Riwayat nyeri menjalar yang berulang & terus menerus	☐	☐
31.	Riwayat gangguan pendengaran/telinga	☐	☐
32.	Riwayat gangguan penglihatan/mata	☐	☐
33.	Apakah anda sedang sakit? (sebutkan)	☐	☐
34.	Apakah anda sedang mengalami Demam/Panas?	☐	☐
35.	Apakah anda mengalami pusing/sakit kepala?	☐	☐
36.	Apakah anda sedang Batuk/Pilek/Flu/Nyeri Tenggorokan?	☐	☐
37.	Apakah anda mengalami mual/muntah?	☐	☐
38.	Apakah 1-3 hari sebelum tes Anda mengkonsumsi obat? Jika Ya, sebutkan _____	☐	☐
39.	Apakah anda sedang berpuasa?	☐	☐

....., April 2021

CAMABA PSPD / FARMASI*

(.....)