

**SURAT KETERANGAN DOKTER KHUSUS UNTUK PENYAKIT KRITIS (STROKE/TRAUMA KEPALA)**  
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati/merawat si sakit)

3 Lembar

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal yang berhubungan dengan pasien

Nama : ..... No. MR .....

Umur : .....

Jenis Kelamin :  Laki-laki  Perempuan

Pekerjaan : .....

Alamat : .....

Diagnosa penyakit ini didasarkan atas hal-hal tersebut dibawah ini :

A. Mohon disebutkan jenis Stroke yang diderita pasien : (pilih/ tandai "V" sebagai jawaban 'ya')

JENIS	YA	KETERANGAN
Stoke Haemorrhagic		
Stroke Non Haemorrhagic		
Transient Ischemic Attack (TIA)		
Aneurisma pembuluh darah otak yang memerlukan kraniotomi/ akses endovascular		
Penyempitan arteri karotis yang memerlukan 'endarterektomi'		
Cedera otak akibat penyakit pembuluh darah yg mempengaruhi mata/saraf optic		
Kerusakan otak akibat Infeksi, Vaskulitis, Inflamasi, atau penyakit peradangan		
Kelainan iskemik pada sistem vestibular		
Trauma kepala		
Lainnya .....		

B. 1. Mohon disebutkan sejak kapan diagnosa Stroke jenis tersebut pertama kali ditegakkan? (dd/mm/yy) ..... / ..... / .....

2. Mohon disebutkan faktor pencetus/penyakit yang menjadi penyebab terjadinya Stroke dan sejak kapan penderita menderita penyakit tersebut (dd/mm/yy).

..... / ..... / ..... :

C. Defisit neurologis (mohon sertakan bukti medis tertulis):

- ▲ Refleks patologis: .....
- ▲ Sensorik: .....
- ▲ Motorik: .....

Derajat Kekuatan Motorik (0-5)*	Anggota Badan	Derajat Kekuatan Motorik (0-5)*	Anggota Badan
	Anggota Badan Kiri Atas		Anggota Badan Kanan Atas
	Anggota Badan Kiri Bawah		Anggota Badan Kanan Bawah
	Lainnya: .....		Lainnya: .....

(\*) Derajat kekuatan motorik :  
 5 : Kekuatan penuh untuk dapat melakukan aktifitas  
 4 : Ada gerakan tapi tidak penuh  
 3 : Ada kekuatan bergerak untuk melawan gravitasi bumi  
 2 : Ada kemampuan bergerak tapi tidak dapat melawan gravitasi bumi  
 1 : Hanya ada kontraksi  
 0 : Tidak ada kontraksi sama sekali

**SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK PENYAKIT KRITIS**  
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

3 Lembar

Defisit lainnya:

- Masalah berbicara       Ya       Tidak
- Masalah kunyah/ telan       Ya       Tidak
- Lainnya .....

Defisit neurologis tersebut dialami sejak tanggal (dd/mm/yy) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, berlangsung dlm kurun:

< 6 minggu     => 6 minggu

Pemeriksaan otot:

Upper Limbs	Kiri	Kanan
<b>Atrofi otot</b>	<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Ada
	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak
<b>Tonus otot</b>	<input type="checkbox"/> Spastik	<input type="checkbox"/> Spastik
	<input type="checkbox"/> Flaksid	<input type="checkbox"/> Flaksid
	Lainnya: .....	Lainnya: .....

Lower Limbs	Kiri	Kanan
<b>Atrofi otot</b>	<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Ada
	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak
<b>Tonus otot</b>	<input type="checkbox"/> Spastik	<input type="checkbox"/> Spastik
	<input type="checkbox"/> Flaksid	<input type="checkbox"/> Flaksid
	Lainnya: .....	Lainnya: .....

Adakah dampak menetap/ permanen akibat dari penyakit tsb?  Ya     Tidak, sampai kapan? .....

Bila "Ya", mohon dapat dijelaskan bagaimana aktivitas mandiri sehari-hari seperti :

Dapat	Tidak	
		Mandi
		Melakukan BAB dan BAK
		Berjalan
		Bekerja (dalam/ luar) rumah *coret yg tak perlu

Dapat	Tidak	
		Berpakaian
		Mengendalikan BAB dan BAK
		Makan dan Minum

Dan/atau gejala lain, yaitu: .....

Gejala tersebut di atas diderita oleh pasien sejak (dd/mm/yy) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ s/d \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

D. Tindakan/ jenis operasinya adalah (pilih/ tandai "V" dalam kurung tersedia), pada (dd/mm/yy) : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

- Operasi perbaikan aneurysma intrakranial atau pengangkatan kelainan / malformasi arteri-vena melalui kraniotomi.
- Operasi perbaikan melalui prosedur endovascular.
- Operasi implantasi shunt dari ventrikel otak.
- Tindakan endarterektomi arteri carotid dengan penyempitan \_\_\_\_\_ %.
- Tindakan endarterektomi selain arteri carotid yaitu pembuluh darah
- Lainnya .....

E. Interpretasi hasil pemeriksaan CT-Scan/MRI Otak **pertama kali** pada (dd/mm/yy) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ :

.....

.....

**SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK PENYAKIT KRITIS**  
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

3 Lembar

Interpretasi hasil pemeriksaan CT-Scan/MRI Otak **terbaru/saat ini** pada (dd/mm/yy) ..... / ..... / ..... :

Interpretasi hasil pemeriksaan *Arteriografi* (jika pernah) pada (dd/mm/yy) ..... / ..... / ..... :

F. Data Pendukung Rekam Medik (meliputi hasil pemeriksaan neurologi, hasil laboratorium, tindakan medik/ laporan operasi, pemeriksaan darah, detail terapi)  
mohon lampirkan: .....

Hal lain yang masih dianggap perlu untuk dijelaskan (misalnya HIV, salah guna obat, alkohol): .....

Untuk memperlancar proses klaim ini, mohon melampirkan hasil laboratorium/pemeriksaan penunjang, & hasil test yang mendukung ditegakkannya diagnosis penyakit di atas.

Ditandatangani di:

Tanggal/bulan/tahun pengisian:

\_\_\_\_\_  
(Nama Lengkap dan Tanda Tangan Dokter yang merawat)

Mohon surat keterangan ini tidak diberikan kepada pasien atau keluarganya, tetapi dikirim langsung kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Life yang akan memperlakukan informasi ini dengan penuh kerahasiaan