

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

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. Jenis/diagnosa kanker yang diderita:
Stadium:
Lokasinya:
Bagaimana Klasifikasinya (metode TNM/ FIGO)?
Apakah telah meluas ke kelenjar getah bening dan telah terjadi anak sebar /metastase?

B. Hasil Patologi Anatomi (makroskopik dan mikroskopik)-> *mohon lampirkan bukti pemeriksaan tsb:*

C. Apakah diagnosis termasuk hal berikut di bawah ini (*jawaban Ya ditandai 'v'*):

- ☐ Tumor pra-ganas/ non invasive/ borderline malignancy
☐ Tumor berpotensi ganas
☐ Karsinoma In Situ, pada organ
☐ Prostatic Intraepithelial Neoplasia
☐ Essential Trombositopenia
☐ Polisitemia Rubra Vera
☐ Lainnya

D. Tindakan / pembedahan yang telah dilakukan dan kapan dilaksanakannya (dd/mm/yy)?

E. Selain tindakan pembedahan, apakah diperlukan terapi lain ? ☐ Ya ☐ Tidak
Bila Ya, mohon disebutkan jenis terapi tersebut ?

F. Bagaimana prognosa dan harapan hidup dari pasien:

G. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil biopsi, pemeriksaan radiologis/ X-Ray/ USG/ CTscan/ MRI/ PETscan, hasil laboratorium, laporan tindakan medis, dll):

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

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

Ditandatangani di:

Tanggal/bulan/tahun pengisian:

(Nama Lengkap dan Tanda Tangan Dokter yang merawat)