

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

2 Lembar

Daftar Penyakit Kritis (jawaban ditandai '✓' dalam kurung tersedia)

- ☐ Distrofi Otot
☐ Myasthenia Gravis, with America Clinical Classification: Class
☐ Necrotizing Fasciitis
☐ Progressive Muscular Atrophy
☐ lainnya

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal yang diperlukan dalam menentukan/mendiagnosa salah satu penyakit diantara penyakit-penyakit khusus sebagaimana terlampir dalam daftar diatas pada pasien:

Nama : No. MR
Umur :
Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan
Pekerjaan :
Alamat :

1. Anamnesa :

2. Diagnosis & tanggal pertama kali ditegakkan (dd/mm/yy) : / / :
.....

3. Penyebab penyakit tsb:
miopati degeneratif genetik
miopati lain, yaitu
bakteri, yaitu
autoimun
lainnya, yaitu

4. Prognosis:
.....
.....
.....

5. Pemeriksaan otot:

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

Upper Limbs	Kiri	Kanan
Atrofi otot	☐ Ada ☐ Tidak	☐ Ada ☐ Tidak
Tonus otot	☐ Spastik ☐ Flaksid	☐ Spastik ☐ Flaksid
	Lainnya:	Lainnya:

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

Lower Limbs	Kiri		Kanan	
Atrofi otot	☐ Ada	☐ Tidak	☐ Ada	☐ Tidak
Tonus otot	☐ Spastik	☐ Flaksid	☐ Spastik	☐ Flaksid
	Lainnya:		Lainnya:	

6. Apakah ada gangguan fisik menetap/ permanen (tak dpt dipulihkan) sebagai akibat dari penyakit yang diderita pasien?

☐ Ya ☐ Tidak

Bila "Ya", mohon dapat dijelaskan apakah mengakibatkan pasien dapat atau tidak dapat melakukan beberapa aktivitas mandiri dalam kehidupan sehari-hari seperti:

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

Dan/atau kondisi lain yang perlu disampaikan:

Kondisi tersebut di atas diderita oleh pasien sejak (dd/mm/yy) / / s/d / /

7. Apakah pasien butuh perawatan medis harian dengan fasilitas medis khusus yang terus menerus?

☐ Tidak

☐ Ya, sejak tanggal (dd/mm/yy) / / dengan kurun waktu: ☐ < 3 bulan ☐ 3-<6 bulan ☐ =/> 6 bulan

(bila "Ya", mohon lampirkan bukti medis mengenai kondisi tsb yg terdokumentasi)

8. Pengobatan/ berbagai terapi:

.....

.....

9. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil pemeriksaan fisik, hasil laboratorium, kultur darah/ mikrobiologi/ tes bakteri, laporan tindakan medis, dll):

.....

.....

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

.....

.....

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