

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

2 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 tumor otak jinak yang diderita pasien : (pilih/ tandai "V" sebagai jawaban 'ya')

JENIS	YA	KETERANGAN
Kista		
Granuloma		
Malformasi arteri/vena otak		
Memar/ haematoma		
Tumor kelenjar pituitary		
Tumor sumsum tulang belakang		
Lainnya		

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

2. Mohon disebutkan kapan dilakukan operasi terhadap tumor (dd/mm/yy) _____ / _____ / _____ & nama operasinya: _____

Ukuran tumor: _____

3. Adakah kelainan saraf menetap (paska operasi) dari penyakit yang diderita pasien? ☐ Ya, ☐ Tidak

Bila "Ya", mohon dapat dijelaskan kelainannya (neurological deficit) _____

4. Adakah kelainan saraf menetap (jika tak operasi) dari penyakit yg diderita pasien? ☐ Ya, ☐ Tidak

Bila "Ya", mohon dapat dijelaskan kelainannya (neurological deficit) _____

5. Adakah dampak yang menetap (paska operasi) dari penyakit yang diderita pasien? ☐ Ya, ☐ Tidak

Bila "Ya", mohon dapat dijelaskan apakah dampak menetap tersebut mengakibatkan pasien dapat atau tidak dapat melakukan beberapa aktivitas mandiri dalam kehidupan 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

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

6. Adakah dampak yang menetap (jika tak operasi) dari penyakit yang diderita pasien? ☐ Ya ☐ Tidak

Bila "Ya", mohon dapat dijelaskan apakah dampak menetap tersebut mengakibatkan pasien dapat atau tidak dapat melakukan beberapa aktivitas mandiri dalam kehidupan 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 / /

7. Bagian tubuh yang mengalami kelumpuhan/kelemahan pada saat pemeriksaan **pertama kali** (dd/mm/yy) / / yaitu:

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:

8. Bagian tubuh yang mengalami kelumpuhan/kelemahan pada saat pemeriksaan **paska 3 bulan dari awal terdiagnosis (terakhir kali)** (dd/mm/yy) / / yaitu:

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

C. 1. Interpretasi hasil CT-Scan/MRI Otak pertama kali pada (dd/mm/yy) / / , yaitu:

2. Interpretasi hasil CT-Scan/MRI Otak terakhir kali pada (dd/mm/yy) / / , yaitu:

D. Pengobatan/ terapi termasuk berikut di bawah ini (jawaban ditandai 'v')

- ☐ kemoterapi/ radioterapi ☐ tak bisa dilakukan pembedahan, tumor bertambah besar
☐ perawatan paliatif ☐ lainnya

E. 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