

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

2 Lembar

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

- Asma Berat  
 Penyakit Gagal Paru  
 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: .....

4. Prognosis: .....

5. Apakah ada riwayat status asmaatikus 2 tahun terakhir?  
 Tidak  
 Ya (mohon sertakan bukti medis tertulis), tanggal terjadinya status asmaatikus (dd/mm/yy)? .....

6. Apakah terjadi emboli paru?  
 Tidak  
 Ya (mohon sertakan bukti medis tertulis/ hasil laboratorium/ XRay/ ultrasound/ CTscan/ MRI/ lung perfusion scan/ pulmonary angiography/ dll), tanggal terdeteksi emboli paru (dd/mm/yy)? .....

7. Adakah penurunan kemampuan fisik 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
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Mandi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Berpakaian
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Melakukan BAB dan BAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Berjalan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Makan dan Minum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Bekerja (dalam/luar) rumah *coret yg tak perlu

Dan/atau gejala lain yang perlu disampaikan:  
Gejala tersebut di atas diderita oleh pasien sejak ..... / ..... / ..... s/d ..... / ..... / .....

Apakah penurunan kemampuan fisik tsb berkelanjutan?  
 Ya  Tidak, sampai kapan? .....

8. Apakah ada kelainan bentuk dada akibat hiperinflasi secara kronis?  
 Tidak  Ya, yaitu ....., sejak tanggal (dd/mm/yy) .....

9. Nama obat oral kortikosteroid setiap hari? ....., sejak tanggal (dd/mm/yy) .....

Untuk jangka waktu:  < 6 bulan  => 6 bulan

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

10. Pengobatan/ berbagai terapi:

- intravena, yaitu=.....
- injeksi selain i.v., yaitu=.....
- oral non kostikosteroid, yaitu=.....
- inhaler, yaitu=.....
- imunoterapi, yaitu=.....
- oksigen regular di rumah, kadar=.....
- oksigen regular di fasilitas medis, kadar=.....
- oksigen permanen, kadar=.....
- lainnya, yaitu=.....

11. Mohon informasinya apakah terdapat penggunaan ventilator mekanik?

- Ya     Tidak

Sejak kapan dan berapa lama penggunaannya dalam sehari?

12. Jika ada operasi {tanggal operasi (dd/mm/yy)...../...../.....}, apakah mencakup tindakan berikut di bawah ini?

- pemasangan filter veno-caval
- pengangkatan 1 paru
- pengangkatan parsial 1 paru
- donor paru
- lainnya, yaitu=.....

13. Hasil tes FEV1/ Forced Expiratory Volume in 1second & tanggal tes (dd/mm/yy)...../...../..... :

- < 1 liter     =/> 1 liter

Hasil tes FVC / Forced Vital Capacity = .....% nilai prediksi

Mohon jelaskan hasil spirometry lainnya yang bermakna dan mendukung diagnosis

14. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil pemeriksaan neurologi, hasil laboratorium, laporan tindakan medis/ operasi, dll):

15. 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