

## SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK DIABETIC RETINOPATHY

**HARUS DIISI DENGAN LENGKAP OLEH DOKTER YANG MENGOBATI / MERAWAT SI SAKIT**

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal mengenai pasien:

|               |   |                                    |                                    |       |
|---------------|---|------------------------------------|------------------------------------|-------|
| Nama          | : | _____                              | No. MR                             | _____ |
| Umur          | : | _____                              |                                    |       |
| Jenis Kelamin | : | <input type="checkbox"/> Laki-laki | <input type="checkbox"/> Perempuan | _____ |
| Pekerjaan     | : | _____                              |                                    |       |
| Alamat        | : | _____                              |                                    |       |

*{jika tak muat, dapat tulis di halaman baliknya}*

- Anamnesa:
- Diagnosis & tanggal pertama kali ditegakkan (dd/mm/yy)...../...../.....:
- Penyebab penyakit tsb:
- Apakah penyakit tsb masih dapat dipulihkan (jawaban ditandai 'v')?  
 Ya/ reversible  Tidak/ irreversible  lainnya:.....  
 Prognosis:
- Apakah fungsi penglihatan dapat diperbaiki dengan tindakan laser?  
 Ya  Tidak, alasan:.....  
 Jika Ya, terjadi pemulihan sebagian/ total?
- Apakah terjadi pertumbuhan pembuluh darah baru di retina?  
 Ya  Tidak  
 Jika Ya, mohon sertakan hasil pemeriksaan *Flourescein Fundus Angiography*:
- Hasil pemeriksaan ketajaman visual (*Snellen Chart*) kedua mata **sebelum** koreksi:
- Hasil pemeriksaan ketajaman visual (*Snellen Chart*) kedua mata **sesudah** koreksi terbaik:  sama atau kurang dari 6/18=.....  
 lebih dari 6/18=.....
- Hasil pemeriksaan lapang pandang kedua mata **sebelum** koreksi:
- Hasil pemeriksaan lapang pandang kedua mata **sesudah** koreksi terbaik:  sama atau kurang dari 20 derajat=.....  
 lebih dari 20 derajat=.....
- Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil tes/lab/radiologis, laporan tindakan medis, dll):
- 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.

Tempat & tanggal dibuat, \_\_\_\_\_  
 Dokter yang merawat,

( \_\_\_\_\_ )  
*nama jelas, tandatangan & cap stempel*

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