

SURAT KETERANGAN DOKTER KHUSUS (UNTUK PENYAKIT KRITIS PADA PEMBEDAHAN PEMBULUH NADI KORONER)

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	: <input type="checkbox"/> Laki-laki	<input type="checkbox"/> Perempuan	
Pekerjaan	: _____		
Alamat	: _____		

Tindakan medis atas penyakit ini didasarkan atas hal-hal tersebut dibawah ini :

- a. Hasil pemeriksaan Angiografi Koroner / Katerisasi jantung:

- b. Pembedahan yang dilakukan, dengan cara (jawaban ditandai 'v'):
 - prosedur intraarterial/ teknik berbasis kateter/ angioplasty
 - prosedur 'keyhole'
 - prosedur laser
 - lainnya.....

- c. Kapan penegakkan diagnosa dibuat dan kapan tindakan tersebut dilakukan:

- d. Sebutkan pembuluh-pembuluh darah koroner apa saja yang harus dilakukan pencangkakan pembuluh darah (by pass grafting = CABG)
 - c.1 _____
 - c.2 _____
 - c.3 _____

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

Untuk memperlancar proses klaim ini, mohon dokter dapat melampirkan laporan medis/operasi, hasil laboratorium, pemeriksaan penunjang , dan test-test yang mendukung dilakukannya tindakan medis tersebut 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