

## SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK PENYAKIT KRITIS

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

### Daftar Penyakit Kritis (jawaban ditandai 'v' dalam kurung tersedia)

- Penyakit Saluran Empedu yg perlu operasi Choledochointerostomy, yaitu penyakit..... (tanggal operasi?.....)
- Trauma Saluran Empedu yg perlu operasi Choledochointerostomy, yaitu trauma..... (tanggal operasi?.....)
- Hepatektomi Parsial
- Operasi Liver/ Saluran Empedu yg lain, yaitu.....
- Donor Liver
- Biliary Atresia
- Cirrhosis
- Hepatitis Autoimun Kronis
- Hepatitis Virus Fulminan, yaitu virus.....
- Hepatitis karena Penyalahgunaan Alkohol
- Hepatitis karena Penyalahgunaan Obat
- 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	:	<input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	
Pekerjaan	:		
Alamat	:		

1. Anamnesa:

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

3. Penyebab penyakit tsb:

4. Prognosis:

5. Apakah terjadi **sirosis hati**?

Tidak

Ya, mohon tuliskan hasil histopatologi biopsi hati dengan *Metavir Grading* atau *Knodell Fibrosis Score* (lampirkan hasilnya):

Apakah terdapat **nekrosis hati**?

Tidak

Ya, seluas apa (seluruh/ sebagian lobulus?), kolaps/tidak?

6. Jika ada kelainan **autoimun**, mohon tuliskan hasil tes level *Gamma Globulin* darah terhadap pasien:

..... Apakah antibodi yg terkait pada pasien ada di bawah ini (jawaban ditandai 'v'):

anti-nuclear antibodies

anti-smooth muscle antibodies

anti-actin antibodies

anti-LKM1 antibodies

lainnya.....

7. Apakah terjadi **varises esophagus** pada pasien?  Tidak  
 Ya, apakah terjadi perdarahan?  Tidak  
 Ya, berapa kali terjadi?  1kali, tanggal...../...../.....(dd/mm/yy)  
 > 1kali, tanggal...../...../....., .....  
 {mohon lampirkan bukti radiologis adanya varises esophagus}
8. Apakah terdapat **jaundice** pada pasien?  Tidak  
 Ya, sejak tanggal...../...../.....(dd/mm/yy), hasil pemeriksaan bilirubin darah (total, direct, indirect)=  
 {mohon lampirkan bukti hasil pemeriksaan tersebut}
9. Apakah terdapat **asites** pada pasien?  Tidak  
 Ya, sejak tanggal...../...../.....(dd/mm/yy).
10. Interpretasi hasil pemeriksaan USG abdomen, tanggal...../...../.....(dd/mm/yy) :  
 {mohon lampirkan bukti hasil pemeriksaan tersebut}
11. Apakah terdapat **hepatic encephalopathy** pada pasien?  Tidak  
 Ya, sejak tanggal...../...../.....(dd/mm/yy).  
 {mohon lampirkan bukti hasil pemeriksaan otak/ neurologis: CTscan/ MRI/ EEG}
12. Hasil pemeriksaan tes fungsi liver, tanggal...../...../.....(dd/mm/yy) :  
 {mohon lampirkan bukti hasil pemeriksaan tersebut}
- SGOT=
  - SGPT=
  - ALP=
  - GGT=
  - LDH=
  - Albumin=
  - PT/INR=
  - aPTT=
  - Ammonia level=
  - Electrolytes (Na/K/ Cl)=
  - BUN, creatinine=
  - Lainnya=
13. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil laboratorium lainnya, laporan tindakan medis, dll):  
 {mohon lampirkan bukti hasil pemeriksaan tersebut}
14. Pengobatan / Terapi:  
 {dapat tulis di halaman baliknya}
15. 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