

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)

- 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	: <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 ada riwayat status asmatikus 2 tahun terakhir? Tidak
 Ya (mohon sertakan bukti medis tertulis), **tanggal terjadinya** status asmatikus (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"/> Makan dan Minum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Berjalan	<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 (dd/mm/yy)...../...../..... 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
10. Pengobatan/ berbagai terapi:
 intravena, yaitu=
 injeksi selain i.v., yaitu=
 oral *non* kortikosteroid, yaitu=
 inhaler, yaitu=
 imunoterapi, yaitu=
 oksigen regular di rumah, kadar=
 oksigen regular di fasilitas medis, kadar=
 oksigen *permanen*, kadar=
 lainnya, yaitu=
11. 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=
12. Hasil tes FEV1/ *Forced Expiratory Volume in 1second* & tanggal tes (dd/mm/yy)...../...../.....:
 < 1 liter => 1 liter
13. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil pemeriksaan neurologi, hasil laboratorium, laporan tindakan medis/ operasi, dll):
14. 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 tes 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