

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)	
<ul style="list-style-type: none"> - <input type="checkbox"/> Encephalitis - <input type="checkbox"/> Meningitis - <input type="checkbox"/> Penyakit Croutzfeldt-Jakob/ Mad Cow Disease - <input type="checkbox"/> 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. Bagian otak yg terkena:
 - meninges
 - otak besar
 - otak kecil
 - batang otak
 - lainnya.....
4. Penyebab penyakit tsb:
 - virus, yaitu.....
 - HIV
 - alkoholisme
 - salah guna obat
 - Bovine Spongiform Encephalopathy
 - lainnya, yaitu.....
5. Apakah pasien butuh rawat inap?
 - Tidak Ya, dari tanggal (dd/mm/yy)...../...../..... s.d./...../.....
6. Prognosis:
7. Defisit neurologis (mohon sertakan bukti medis tertulis):
 - Refleks patologis:
 - Sensorik:
 - Motorik:

Derajat Kekuatan Motorik (0-5) *	Anggota Badan	Derajat Kekuatan Motorik (0-5) *	Anggota Badan
	Anggota Badan Kiri Atas		Anggota Badan Kanan Atas
	Anggota Badan Kiri Bawah		Anggota Badan Kanan Bawah
	Lainnya:.....		Lainnya:.....

- (*) Derajat kekuatan motorik :
- 5 : Kekuatan penuh untuk dapat melakukan aktifitas
 - 4 : Ada gerakan tapi tidak penuh
 - 3 : Ada kekuatan bergerak untuk melawan gravitasi bumi
 - 2 : Ada kemampuan bergerak tapi tidak dapat melawan gravitasi bumi
 - 1 : Hanya ada kontraksi
 - 0 : Tidak ada kontraksi sama sekali

- Defisit lainnya:

- Masalah berbicara Ya Tidak
- Masalah kunyah/ telan Ya Tidak
- Tremor Ya Tidak
- Athetosis Ya Tidak
- Lainnya.....

Defisit neurologis tersebut dialami sejak tanggal (dd/mm/yy)...../...../....., berlangsung dlm kurun:
 < 14 hari 14 hari – 29 hari 30 hari – 41 hari => 42 hari

8. Pemeriksaan otot:

Upper Limbs	kiri	kanan
Atrofi otot	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
Tonus otot	<input type="checkbox"/> Spastik <input type="checkbox"/> Flaksid	<input type="checkbox"/> Spastik <input type="checkbox"/> Flaksid
.....	Lainnya:.....	Lainnya:.....

Lower Limbs	kiri	kanan
Atrofi otot	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
Tonus otot	<input type="checkbox"/> Spastik <input type="checkbox"/> Flaksid	<input type="checkbox"/> Spastik <input type="checkbox"/> Flaksid
.....	Lainnya:.....	Lainnya:.....

9. Adakah dampak yang menetap/ permanen sebagai akibat dari penyakit yang diderita pasien ?
 Ya Tidak, sampai kapan?

Bila “Ya”, mohon dapat dijelaskan apakah dampak menetap tersebut mengakibatkan pasien dapat atau tidak dapat melakukan beberapa aktivitas mandiri dalam kehidupan sehari-hari seperti :

- | | |
|---|--|
| <p>Dapat Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mandi</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Melakukan BAB dan BAK</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Berjalan</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bekerja (dalam/luar) rumah *coret yg tak perlu</p> | <p>Dapat Tidak</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Berpakaian</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mengendalikan BAB dan BAK</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Makan dan Minum</p> |
|---|--|

Dan/atau gejala klinis yang lain yang perlu disampaikan :

Gejala tersebut di atas diderita oleh pasien sejak (dd/mm/yy)...../...../..... s/d
/...../.....

10. Interpretasi hasil pemeriksaan CT-Scan/ MRI Otak/ pemeriksaan radiologis lainnya, *pertama kali* pada tanggal (dd/mm/yy)/...../....., sbb:

11. Interpretasi hasil pemeriksaan CT-Scan/ MRI Otak/ pemeriksaan radiologis lainnya, *terbaru/saat ini* pada tanggal (dd/mm/yy)/...../....., sbb:

12. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil pemeriksaan neurologi, hasil laboratorium cairan otak, kultur darah, urinalisa, biopsi otak, EEG, laporan tindakan medis, dll):

13. Pengobatan / Terapi:

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 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