

**SURAT KETERANGAN DOKTER  
KHUSUS UNTUK PENYAKIT KRITIS (STROKE/ TRAUMA KEPALA)**

HARUS DIISI OLEH DOKTER YANG MENGOBATI / MERAWAT PENDERITA

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	:	_____		

Diagnosa penyakit ini didasarkan atas hal-hal tersebut dibawah ini :

- a. Mohon disebutkan jenis Stroke yang diderita pasien : (pilih/ tandai “v” sebagai jawaban ‘ya’)

JENIS	YA	KETERANGAN
Stoke Haemorrhagic		
Stroke Non Haemorrhagic		
Transient Ischemic Attack (TIA)		
Aneurisma pembuluh darah otak yang memerlukan kraniotomi/ akses endovascular		
Penyempitan arteri karotis yang memerlukan ‘endarerektomi’		
Cedera otak akibat penyakit pembuluh darah yg mempengaruhi mata/saraf optic		
Kerusakan otak akibat <i>Infeksi, Vaskulitis, Inflamasi</i> , atau <i>penyakit peradangan</i>		
Kelainan iskemik pada sistem vestibular		
Trauma kepala		
Lainnya.....		

- b. 1. Mohon disebutkan sejak kapan diagnosa Stroke jenis tersebut pertama kali ditegakkan ?  
...../...../..... (tgl/bln/tahun).

2. Mohon disebutkan faktor pencetus/penyakit yang menjadi penyebab terjadinya Stroke dan sejak kapan (tgl/bln/tahun) penderita menderita penyakit tersebut.

c. 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

Lainnya:.....

Defisit neurologis tersebut dialami sejak tanggal (dd/mm/yy)...../...../....., berlangsung dlm kurun:

< 6 minggu       => 6 minggu

- 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:.....

Adakah dampak yang menetap/ permanen sebagai akibat dari penyakit yang diderita pasien ?

Ya  Tidak, sampai kapan?

Bila “Ya”, mohon dapat dijelaskan apakah mengakibatkan pasien dapat melakukan aktivitas mandiri seperti :

Dapat Tidak

Mandi

Melakukan BAB dan BAK

Berjalan

Bekerja (dalam/luar) rumah \*coret yg tak perlu

Dapat Tidak

Berpakaian

Mengendalikan BAB dan BAK

Makan dan Minum

Dan/atau gejala klinis yang lain yang perlu disampaikan :

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

d. Tindakan/ jenis operasinya adalah (pilih/ tandai “v” dalam kurung tersedia), pada...../...../.....  
(tgl/bln/tahun) :

- ( ) Operasi perbaikan aneurysma intrakranial atau pengangkatan kelainan / malformasi arteri-vena melalui *kraniotomi*.
- ( ) Operasi perbaikan melalui prosedur *endovascular*.
- ( ) Operasi implantasi *shunt* dari ventrikel otak.
- ( ) Tindakan *endarterektomi arteri carotid* dengan penyempitan.....%.
- ( ) Tindakan *endarterektomi* selain arteri carotid yaitu pembuluh darah.....
- ( ) Lainnya.....

e. Interpretasi hasil pemeriksaan CT-Scan/MRI Otak **pertama kali** pada ...../...../..... (tgl/bln/tahun):

Interpretasi hasil pemeriksaan CT-Scan/MRI Otak **terbaru/saat ini** pada...../...../..... (tgl/bln/tahun):

Interpretasi hasil pemeriksaan *Arteriografi* [jika pernah] pada...../...../..... (tgl/bln/tahun) , sbb :

f. Data Pendukung Rekam Medik (meliputi hasil pemeriksaan neurologi, hasil laboratorium, tindakan medik/ laporan operasi, pemeriksaan darah, detail terapi) *mohon lampirkan*:

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, hasil laboratorium, pemeriksaan penunjang , dan test-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*