

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK RHEUMATOID ARTHRITIS

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

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal mengenai pasien:

| | | | | |
|---------------|---|------------------------------------|------------------------------------|-------|
| Nama | : | _____ | No. MR | _____ |
| Umur | : | _____ | | |
| Jenis Kelamin | : | <input type="checkbox"/> Laki-laki | <input type="checkbox"/> Perempuan | |
| Pekerjaan | : | _____ | | |
| Alamat | : | _____ | | |

- Anamnesa:
- Diagnosis & tanggal pertama kali ditegakkan (dd/mm/yy)...../...../.....:
- Penyebab penyakit tsb:
- Sendi yang terkena (jawaban ditandai 'v'): kedua tangan
 kedua pergelangan tangan
 kedua siku
 tulang belakang leher/ cervical spine
 kedua lutut
 kedua pergelangan kaki
- Hasil XRay (*mohon dilampirkan*):
- Hasil Lab titer faktor Rheumatoid (*mohon dilampirkan*):
- Apakah ada kekakuan sendi pada pagi hari?
 Tidak Ya
- Apakah ada nodul rheumatoid?
 Tidak Ya, lokasi?
- Apakah ada gangguan fisik menetap/ permanen (tak dpt dipulihkan) 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 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Mandi | Dapat Tidak <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 kondisi lain yang perlu disampaikan :

Kondisi tersebut di atas diderita oleh pasien sejak (dd/mm/yy)...../...../..... berlangsung selama:

[] < 6 bulan

[] =/> 6 bulan

(*merupakan pemeriksaan independen yang ditunjuk Penanggung*)

10. Prognosis:

11. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil laboratorium, laporan tindakan medis, dll):

12. Pengobatan /Terapi:

13. 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*