

## SURAT KETERANGAN DOKTER KHUSUS UNTUK PENYAKIT KRITIS (KANKER)

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

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal yang berhubungan dengan penyakit di atas pada 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. Jenis/diagnosa kanker yang diderita \_\_\_\_\_  
 Stadium : \_\_\_\_\_  
 Lokasinya : \_\_\_\_\_  
 Bagaimana Klasifikasinya (metode TNM/ FIGO)? \_\_\_\_\_  
 Apakah telah meluas ke kelenjar getah bening dan telah terjadi anak sebar /metastase ? \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

- b. Hasil Patologi Anatomi (makroskopik dan mikroskopik)-> *mohon lampirkan bukti pemeriksaan tsb:*

- c. Apakah diagnosis termasuk hal berikut di bawah ini (*jawaban Ya ditandai 'v'*):

- Tumor pra-ganas/ non invasive/ borderline malignancy
- Tumor berpotensi ganas
- Karsinoma In Situ, pada organ.....
- Prostatic Intraepithelial Neoplasia
- Essential Trombositopenia
- Polisitemia Rubra Vera
- Lainnya.....

- d. Tindakan / pembedahan yang telah dilakukan dan kapan dilaksanakannya (dd/mm/yy)?

- e. Selain tindakan pembedahan, apakah diperlukan terapi lain ?  Ya       Tidak  
 Bila Ya, mohon disebutkan jenis terapi tersebut ?

- f. Bagaimana prognosa dan harapan hidup dari pasien:

- g. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil biopsi, pemeriksaan radiologis/ X-Ray/ USG/ CTscan/ MRI/ PETscan, hasil laboratorium, laporan tindakan medis, dll):

- h. 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 pemeriksaan patalogi anatomi, hasil laboratorium, pemeriksaan penunjang lainnya 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*