

SURAT KETERANGAN UNTUK PENYAKIT KRITIS
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

2 Lembar

Daftar Penyakit Kritis (jawaban ditandai '✓' dalam kurung tersedia)

- Distrofi Otot
 Myasthenia Gravis, with America Clinical Classification: Class
 Necrotizing Fasciitis
 Progressive Muscular Atrophy
 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 : Laki-laki Perempuan
 Pekerjaan :
 Alamat :

1. Anamnesa :

2. Diagnosis & tanggal pertama kali ditegakkan (dd/mm/yy) : / / :

3. Penyebab penyakit tsb:
 miopati degeneratif genetik
 miopati lain, yaitu
 bakteri, yaitu
 autoimun
 lainnya, yaitu

4. Prognosis:

5. Pemeriksaan otot:

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

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:

SURAT KETERANGAN UNTUK PENYAKIT KRITIS
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

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:.....	

6. 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	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"/> Berjalan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Makan dan Minum	<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) / / s/d / /

7. Apakah pasien butuh perawatan medis harian dengan fasilitas medis khusus yang terus menerus?

Tidak

Ya, sejak tanggal (dd/mm/yy) / / dengan kurun waktu: < 3 bulan 3-<6 bulan => 6 bulan

(bila "Ya", mohon lampirkan bukti medis mengenai kondisi tsb yg terdokumentasi)

8. Pengobatan/ berbagai terapi:

.....

.....

9. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil pemeriksaan fisik, hasil laboratorium, kultur darah/ mikrobiologi/ tes bakteri, laporan tindakan medis, dll):

.....

.....

10. Hal lain yang masih dianggap perlu untuk dijelaskan (misalnya HIV, salah guna obat, alkohol):

.....

.....

Ditandatangani di:

Tanggal/bulan/tahun pengisian:

(Nama Lengkap dan Tanda Tangan Dokter yang merawat)