

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK KOLITIS ULSERATIF/CHRON'S DISEASE
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

2 Lembar

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal mengenai pasien:

Nama : No. MR

Umur :

Jenis Kelamin : Laki-laki Perempuan

Pekerjaan :

Alamat :

1. Anamnesa :

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

3. Apakah terjadi diare?
 Tidak
 Ya, frekuensi? berdarah/ tidak? volume perdarahan?

4. Penyebab penyakit tsb:
.....

5. Apakah terjadi gangguan elektrolit?
 Tidak Ya, mohon sertakan bukti medis hasil pemeriksaan.

6. Apakah terjadi distensi usus?
 Tidak Ya, mohon sertakan bukti medis hasil pemeriksaan.

7. Apakah terjadi striktur usus?
 Tidak Ya, mohon sertakan bukti medis hasil pemeriksaan.

8. Apakah terjadi pembentukan fistel antara lekuk usus besar (*fistula formation between loops of bowel*)?
 Tidak Ya, mohon sertakan bukti medis hasil pemeriksaan.

9. Hasil pemeriksaan Endoskopi/ Kolonoskopi, tanggal (dd/mm/yy) / /?

10. Hasil biopsi usus/ histopatologi, tanggal (dd/mm/yy) / /?

11. Mohon sebutkan detail pengobatan immunosupresif / immunomodulator:
.....

12. Pasien menjalani pengobatan immunosupresif/ immunomodulator sejak tanggal (dd/mm/yy) / /?
berlangsung: < 6 bulan
 =/ > 6 bulan

13. Apakah pasien memerlukan operasi?
 Tidak Ya, yaitu: Kolektomi
 Ileostomi
 Kolektomi & Ileostomi total
 Lainnya

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK KOLITIS ULSERATIF/CHRON'S DISEASE
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

14. Prognosis:

.....
.....
.....

15. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil laboratorium/ USG/ XRay/ radiologis lainnya, laporan tindakan medis, dll):

.....
.....
.....
.....
.....
.....

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

.....
.....
.....

Untuk memperlancar proses klaim ini, mohon melampirkan hasil laborarorium/ pemeriksaan penunjang, dan hasil test yang mendukung ditegakkannya diagnosis penyakit di atas.

Ditandatangani di:

Tanggal/bulan/tahun pengisian:

(Nama Lengkap dan Tanda Tangan Dokter yang merawat)

Mohon surat keterangan ini tidak diberikan kepada pasien atau keluarganya, tetapi dikirim langsung kepada PT Asuransi Jiwa Sequis Financial yang akan memperlakukan informasi ini dengan penuh kerahasiaan