

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK ANEMIA APLASTIK
(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 : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

Pekerjaan :

Alamat :

1. Anamnesa :

.....

.....

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

.....

.....

3. Penyebab penyakit tsb:

.....

4. Apakah penyakit tsb masih dapat dipulihkan (jawaban ditandai 'v')?

☐ Ya/ reversible ☐ Tidak/ permanent ☐ lainnya:

Prognosis:

.....

5. Apakah terdapat hal berikut di bawah ini?

☐ Anemia

☐ Neutropenia

☐ Trombositopenia

☐ Lainnya:

6. Hasil biopsi sumsum tulang:

.....

.....

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

.....

.....

8. Pengobatan /Terapi yg diperlukan (jawaban ditandai 'v' & mohon beri detail):

☐ Transfusi darah

☐ Obat pemacu sumsum tulang, yaitu

☐ Obat imunosupresif, yaitu

☐ Transplantasi sumsum tulang

☐ Lainnya:

9. 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 Life yang akan memperlakukan informasi ini dengan penuh kerahasiaan