

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 imunosupresif / imunomodulator:
12. Pasien menjalani pengobatan imunosupresif/ imunomodulator 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 Life yang akan memperlakukan informasi ini dengan penuh kerahasiaan