

**SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK OPERASI AORTA
UNTUK DEMAM REMATIK DENGAN GANGGUAN KATUP JANTUNG**
(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 (berdasarkan *revised Jones criteria*) & tanggal pertama kali ditegakkan (dd/mm/yy) : / / :

.....

.....

3. Penyebab penyakit tsb:

.....

.....

4. Sifat: Akut Ikronis

5. Katup jantung yg terganggu (jawaban ditandai 'v'):

Aortic Mitral Tricuspid Pulmonal

6. Hasil pemeriksaan fisik:

.....

.....

7. Hasil pemeriksaan EchoCardioGraphy:

.....

.....

8. Hasil pemeriksaan ElectroCardioGraphy:

.....

.....

9. Hasil pemeriksaan XRay/ cardiac MRI/ kateterisasi/ radiologis lainnya:

.....

.....

10. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil laboratorium darah, dll):

.....

.....

**SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK OPERASI AORTA
UNTUK DEMAM REMATIK DENGAN GANGGUAN KATUP JANTUNG**
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

11. Prognosis:

.....
.....

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

.....
.....

Untuk memperlancar proses klaim ini, mohon melampirkan hasil laboratorium/ pemeriksaan penunjang, & 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