

**KETERANGAN DOKTER KHUSUS UNTUK
CACAT TOTAL-TETAP (KELUMPUHAN)**

(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

Cacat Total-Tetap: kehilangan kegunaan kedua kaki atau kedua tangan, atau sebuah kaki & sebuah tangan, atau kehilangan kegunaan kedua mata.

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal mengenai pasien:

Nama : No. MR

Umur :

Jenis Kelamin : ☐ Laki-laki ☐ Perempuan

Pekerjaan :

Alamat :

Tindakan medis atas penyakit ini didasarkan atas hal-hal tersebut dibawah ini:

a. Apakah penyebab kelumpuhan termasuk di bawah ini (jawaban Ya ditandai "v" & mohon dijelaskan):

- ☐ cedera/ kecelakaan.
- ☐ penyakit sumsum tulang belakang, yaitu
- ☐ sindrom Guillain-Barre.
- ☐ alkohol, obat terlarang, yaitu
- ☐ Human Immunodeficiency Virus/ HIV & penyakit lain yg timbul darinya.
- ☐ penyakit seksual menular, yaitu
- ☐ penyakit yg memerlukan karantina oleh hukum, yaitu
- ☐ kelainan mental/ kelainan syaraf.
- ☐ pemasukan kuman-kuman penyakit/ virus karena gigitan & sengatan serangga, yaitu
- ☐ aktivitas berbahaya/ olahraga, yaitu
- ☐ penyakit kusta.
- ☐ keracunan, gas, asap, atau sengatan sinar matahari.
- ☐ Polio.
- ☐ lainnya

b. Bagian tubuh yang mengalami kelumpuhan adalah:

c. Jenis kelainan/gangguan yang menyebabkan terjadinya kelumpuhan (Final Diagnosis):

d. Defisit neurologis (mohon sertakan bukti medis tertulis):

- Refleks patologis:

.....

- Sensorik:

.....

- Motorik:

.....

**KETERANGAN DOKTER KHUSUS UNTUK
CACAT TOTAL-TETAP (KELUMPUHAN)**

(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

Hasil pemeriksaan kekuatan motorik PERTAMA kali tanggal (dd/mm/yy) / / :

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

2 : Ada kemampuan bergerak tapi tidak dapat melawan gravitasi bumi

1 : Hanya ada kontraksi

0 : Tidak ada kontraksi sama sekali

Defisit lainnya:

- Masalah berbicara ☐ Ya ☐ Tidak

- Masalah kunyah/ telan ☐ Ya ☐ Tidak

- Lainnya

Defisit neurologis tersebut dialami sejak tanggal (dd/mm/yy) / / , berlangsung dalam kurun:

☐ < 6bulan

☐ => 6bulan

Hasil pemeriksaan kekuatan motorik TERAKHIR kali tanggal (dd/mm/yy) / / :

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:

Pemeriksaan otot:

Upper Limbs	Kiri	Kanan
Atrofi otot	☐ Ada ☐ Tidak	☐ Ada ☐ Tidak
Tonus otot	☐ Spastik ☐ Flaksid	☐ Spastik ☐ Flaksid
	Lainnya:.....	Lainnya:.....

Lower Limbs	Kiri	Kanan
Atrofi otot	☐ Ada ☐ Tidak	☐ Ada ☐ Tidak
Tonus otot	☐ Spastik ☐ Flaksid	☐ Spastik ☐ Flaksid
	Lainnya:.....	Lainnya:.....

Kondisi otot tersebut dialami sejak tanggal (dd/mm/yy) / / , berlangsung dalam kurun:

☐ < 6 bulan

☐ => 6 bulan

Adakah dampak menetap/ permanen akibat dari penyakit tsb? ☐ Ya ☐ Tidak, sampai kapan?

Bila "Ya", mohon dapat dijelaskan bagaimana aktivitas mandiri sehari-hari seperti :

Dapat

☐

Tidak

☐

Mandi

☐ Melakukan BAB dan BAK

☐ Berjalan

☐ Bekerja "in-door"

Dapat

☐

Tidak

☐

Berpakaian

☐ Mengendalikan BAB dan BAK

☐ Makan dan Minum

☐ Bekerja "out-door"

**KETERANGAN DOKTER KHUSUS UNTUK
CACAT TOTAL-TETAP (KELUMPUHAN)**

(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

Dan/atau gejala lain, yaitu:

Apakah pasien ber-kursi roda/ tongkat/ alat bantu lain?

Gejala tersebut di atas diderita oleh pasien sejak / / sampai tanggal (dd/mm/yy) / / &/atau

berlangsung dlm kurun: ☐ < 6 bulan ☐ => 6bulan

e. Prognosis:

f. Kapan tindakan dilaksanakan? Tanggal (dd/mm/yy) / / Tindakan/ operasi apa?

g. Apakah kelumpuhan tersebut akan menetap, sehingga bagian tubuh tersebut kehilangan fungsinya menetap pula? ☐ Ya ☐ Tidak

Bila Ya, mohon dapat dijelaskan alasannya:

h. Interpretasi hasil pemeriksaan CT-Scan/ MRI/ pemeriksaan radiologis lainnya, pertama kali pada tanggal (dd/mm/yy) / / , sbb:

- yg menunjukkan kelainan sistem saraf spinal =

- yg menunjukkan kelainan sistem saraf otak =

i. Interpretasi hasil pemeriksaan CT-Scan/ MRI/ pemeriksaan radiologis lainnya, terbaru/saat ini pada tanggal (dd/mm/yy) / / , sbb:

- yg menunjukkan kelainan sistem saraf spinal =

- yg menunjukkan kelainan sistem saraf otak =

j. Pengobatan / Terapi:

k. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, EMG, EEG, hasil pemeriksaan neurologi, hasil laboratorium, laporan tindakan medis, dll): mohon lampirkan.

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

Untuk memperlancar proses klaim ini, mohon dokter dapat melampirkan salinan semua dokumentasi medis yang mendukung.

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