

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK PENYAKIT KRITIS
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

2 Lembar

Daftar Penyakit Kritis (jawaban ditandai 'V' dalam kurung tersedia)

- Koma + GCS/Glasgow Coma Scale = lainnya
- Diabetic Coma
- Sindrom Apalik

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal yang diperlukan dalam menentukan/mendiagnosa salah satu penyakit diantara penyakit-penyakit khusus sebagaimana terlampir dalam daftar diatas pada 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 tersebut:

alkohol penyalahgunaan obat medically induced trauma cerebrovascular accident, yaitu

lainnya

4. Prognosis:

.....

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

▲ Refleks patologis:

▲ Sensorik:

▲ Motorik:

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
 3 : Ada kekuatan bergerak untuk melawan gravitasi bumi
 2 : Ada kemampuan bergerak tapi tidak dapat melawan gravitasi bumi
 1 : Hanya ada kontraksi
 0 : Tidak ada kontraksi sama sekali

Defisit lainnya:

Defisit neurologis tersebut dialami sejak tanggal (dd/mm/yy) / /, berlangsung sampai tanggal / /

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK PENYAKIT KRITIS
(Harus diisi dengan lengkap oleh dokter yang mengobati / merawat si sakit)

6. Pemeriksaan otot:

Upper Limbs	Kiri	Kanan
Atrofi otot	<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Ada
	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak
Tonus otot	<input type="checkbox"/> Spastik	<input type="checkbox"/> Spastik
	<input type="checkbox"/> Flaksid	<input type="checkbox"/> Flaksid
	Lainnya:	Lainnya:

Lower Limbs	Kiri	Kanan
Atrofi otot	<input type="checkbox"/> Ada	<input type="checkbox"/> Ada
	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Tidak
Tonus otot	<input type="checkbox"/> Spastik	<input type="checkbox"/> Spastik
	<input type="checkbox"/> Flaksid	<input type="checkbox"/> Flaksid
	Lainnya:	Lainnya:

7. Apakah pasien memerlukan intubasi & ventilasi mekanik? (mohon sertakan bukti medis tertulis).

Tidak

Ya, sejak tanggal (dd/mm/yy) / / , jam , berlangsung selama: < 48jam 48- < 72jam 72- < 96jam =/ > 96jam

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

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

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

11. Pengobatan / Terapi:

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