

SURAT KETERANGAN DOKTER KHUSUS UNTUK PENYAKIT KRITIS (INFARK JANTUNG AKUT)

HARUS DIISI DENGAN LENGKAP OLEH DOKTER YANG MENGOBATI / MERAWAT PENDERITA

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal yang berhubungan dengan terjadinya Infark Jantung Akut pada pasien :

Nama	: _____	No. MR _____
Umur	: _____	
Jenis Kelamin	: <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	
Pekerjaan	: _____	
Alamat	: _____	

Diagnosis penyakit ini didasarkan atas hal-hal tersebut dibawah ini :

- a. Mohon sebutkan diagnosis & kapan diagnosis tersebut ditegakkan ?/...../..... (tgl/bln/tahun).

- b. Mohon sebutkan faktor pencetus/ faktor lain yg berperan/ penyakit yang mendasarinya dan sejak kapan (tgl/bln/tahun) penderita menderita penyakit tersebut.

- c. Klasifikasi gejala/ simtom berdasarkan NYHA/ *New York Heart Association* termasuk:
 class I class II class III class IV

- d. Mohon sebutkan riwayat nyeri dada yang khas (*Angina Pectoris*) & kapan (tgl/bln/tahun).

- e. Mohon jelaskan perubahan-perubahan pada rekaman EKG/ElektroKardioGram yang mengindikasikan **iskemia baru** *mohon lampirkan hasil pemeriksaan.*

- f. Apakah ada perubahan baru gelombang **ST-T** atau *bundle branch block kiri* pada rekaman EKG?

- g. Apakah ada perkembangan gelombang **Q patologis** pada rekaman EKG?

- h. Mohon jelaskan peningkatan dan/ atau penurunan kadar enzim-enzim jantung (SGOT, CPK, CK-MB, Troponin, dll) *mohon lampirkan hasil tes.*

- i. Apakah diagnosis termasuk dalam berikut di bawah ini? (jawaban ya ditandai “v” dalam kurung):
 Sindrom koroner akut (angina stabil/ tak stabil).
 Peningkatan troponin yg bukan merupakan penyakit jantung iskemik (misalnya miokarditis, pemasangan balon pd apical, memar jantung, emboli paru, keracunan obat).
 Infark miokard dengan arteri koroner normal atau disebabkan vasospasme koroner, *myocardial bridging*, atau penyalahgunaan obat.
 Miokard infark yg terjadi dlm waktu 14hari setelah angioplasty koroner atau operasi bypass.
 Lainnya.....
- j. Hasil tes Troponin T, tanggal (dd/mm/yy)/...../..... : *mohon lampirkan hasil tes.*
 > 1,0 ng/ml =
 =< 1,0 ng/ml =
- k. Hasil tes AccuTnI atau Troponin I lainnya, tanggal (dd/mm/yy)/...../..... : *mohon lampirkan hasil tes.*
 > 0,5 ng/ml =
 =< 0,5 ng/ml =
- l. Hasil EchoCardioGram, tanggal (dd/mm/yy)/...../..... : *mohon lampirkan hasil tes.*
 Fraksi ejeksi < 30%
 Fraksi ejeksi => 30%
 lainnya.....
- m. Apakah terjadi **infark miokard akut**?
 Sedang terjadi, sejak tanggal (dd/mm/yy)/...../.....
 Sudah terjadi, yaitu tanggal (dd/mm/yy)/...../.....
 Belum terjadi.
- n. Apakah dilakukan operasi/ prosedur pembedahan? Tidak Ya, terjadi tanggal...../...../.....
 Jika Ya, yaitu operasi: → *mohon lampirkan copy resume operasi & hasil tindakan.*
 Perikardiektomi
 Pemasangan defibrillator jantung permanen
 Angioplasty
 CABG
 lainnya.....
- o. Hal lain yang masih dianggap perlu untuk dijelaskan (misalnya HIV, salah guna obat, alkohol):

Untuk memperlancar proses klaim ini, mohon dokter dapat melampirkan laporan medis, hasil laboratorium, pemeriksaan penunjang, dan test-test yang mendukung ditegakkannya diagnosis penyakit di atas.

Tempat & tanggal dibuat, _____
 Dokter yang merawat,

(_____)
nama jelas, tandatangan & cap stempel

Mohon surat keterangan ini tidak diberikan kepada pasien atau keluarganya, tetapi dikirim langsung kepada PT AJ Sequis Life yang akan memperlakukan informasi ini dengan penuh kerahasiaan