

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK PANKREATITIS KRONIS BERULANG

HARUS DIISI DENGAN LENGKAP OLEH DOKTER YANG MENGOBATI / MERAWAT SI SAKIT

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal mengenai pasien:

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

1. Anamnesa:

2. Diagnosis & tanggal pertama kali ditegakkan (dd/mm/yy)...../...../.....:

3. Penyebab penyakit tsb:

4. Apakah penyakit tsb telah menyerang lebih dari 3 kali?
 Tidak
 Ya, berapa kali?, tanggal-tanggal serangan (dd/mm/yy)...../...../.....--> *mohon sertakan bukti medis.*

5. Apakah penyakit tsb menyebabkan malabsorpsi (jawaban ditandai 'v')?
 Tidak Ya apakah pasien butuh *enzyme replacement therapy*? Tidak
 Ya, yaitu.....

6. Hasil ERCP/ *Endoscopic Retrograde Cholangio-Pancreatography*, tanggal (dd/mm/yy)...../...../.....:

7. Data Pendukung Medis { meliputi: resume, hasil laboratorium (terutama amylase, lipase), XRay/ USG/ radiologis lainnya, laporan tindakan medis, dll) *mohon lampirkan:*

8. Pengobatan /Terapi:

9. Prognosis:

10. 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.

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