

**SURAT KETERANGAN DOKTER
UNTUK DEMENSIA/ ALZHEIMER**

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 masih dapat dipulihkan (jawaban ditandai 'v')?
 Ya/ reversible Tidak/ permanent lainnya:.....
Prognosis:

5. Apakah terdapat atrofi luas seluruh korteks serebral?
 Ya, mohon jelaskan perubahan histopatologis-nya & lampirkan bukti medis.

 Tidak, mohon jelaskan sampai mana atrofinya?

6. Apakah terdapat hal berikut di bawah ini (jawaban Ya ditandai 'v')? gangguan memori
 gangguan penilaian
 gangguan kognitif
 gangguan berpikir abstrak
 perubahan kepribadian
 perlu pengawasan orang lain terus menerus
 lainnya.....

7. Hasil/ interpretasi CTscan/ MRI/ PETscan, tanggal (dd/mm/yy)...../...../.....:

8. Pemeriksaan/ tes standar untuk penyakit tsb (jawaban ditandai ‘v’ & mohon lampirkan bukti hasil tes): MMSE/ Mini Mental State Exam
 3MS/ Modified Mini Mental Exam
 GPCog/ General Practitioner Assessment of Cognition
 ADAS-Cog/ Alzheimer’s Disease Assessment Scale Cognition
 PAS/ Psychogeriatric Assessment Scale
 RUDAS/ Rowland Universal Dementia Assessment Scale
 KICA-Cog/ Kimberley Indigenous Cognitive Assessment
 MoCA/ Montreal Cognitive Assessment
 lainnya.....

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

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