

## SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK PENYAKIT KRITIS

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

### Daftar Penyakit Kritis (jawaban ditandai 'v' dalam kurung tersedia)

- Hipertensi Pulmonal Primer
- Hipertensi Pulmonal Sekunder
- Kardiomiopati
- Eisenmerger's Syndrome
- lainnya.....

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	:	<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. Klasifikasi gejala/ simtom berdasarkan NYHA/ New York Heart Association termasuk:  
 class I       class II       class III       class IV
5. Apakah gejala tersebut menetap/ permanen?  
 Tidak, alasan.....       Ya, alasan.....

Prognosis:

  
6. Apakah ada pembesaran ventrikel kanan?  
 Tidak       Ya {mohon lampirkan bukti hasil pemeriksaan tersebut}
  
7. Hasil pemeriksaan fisik:
  
  
  
8. Tekanan arteri pulmonal:  
 <21mmHg  
 21-24 mmHg  
 25-30 mmHg  
 > 30 mmHg, sejak tanggal (dd/mm/yy)...../...../.....,berlangsung:  < 6 bulan  
 => 6 bulan  
  
{i mohon lampirkan bukti hasil pemeriksaan tersebut}

9. Hasil pemeriksaan EchoCardioGraphy, tanggal (dd/mm/yy)...../...../.....:
10. Intrepretasi hasil pemeriksaan ElectroCardioGraphy, tanggal (dd/mm/yy)...../...../.....:
11. Hasil pemeriksaan dengan kateterisasi/ Angiografi, tanggal (dd/mm/yy)...../...../.....:
12. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, tes enzim jantung/ laboratorium lainnya, hasil pemeriksaan X-Ray/ radiologis lainnya, laporan tindakan medis, dll):
13. Pengobatan / Terapi:
14. 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*