

SURAT KETERANGAN DOKTER BEDAH KATUP JANTUNG

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	:	_____		

- Anamnesa:
- Diagnosis & tanggal pertama kali ditegakkan (dd/mm/yy)...../...../.....:
- Penyebab penyakit tsb:
- Sifat: akut kronis
- Katup jantung yg terganggu (jawaban ditandai 'v'):
 aortic mitral tricuspid pulmonal
- Hasil pemeriksaan fisik:
- Hasil pemeriksaan *EchoCardioGraphy* (mohon lampirkan):
- Hasil pemeriksaan *ElectroCardioGraphy* (mohon lampirkan):
- Hasil pemeriksaan XRay/ cardiac MRI/ kateterisasi/ radiologis lainnya-> *mohon lampirkan*:
- Apakah dilakukan operasi/ prosedur pembedahan? Tidak Ya, terjadi tanggal...../...../.....
Jika Ya, yaitu operasi: ➔ *mohon lampirkan copy resume operasi & hasil tindakan.*
 Median sternotomy.
 Valvotomy.
 Percutaneous balloon valvuloplasty tanpa protesa/ katup baru.
 Percutaneous balloon valvuloplasty dengan protesa
 Prosedur endovascular yang lain, yaitu...
 lainnya...
- Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil laboratorium darah, dll)-> *mohon lampirkan*:
- Prognosis:
- 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