

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK INFEKSI HIV

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 infeksi HIV tsb (*jawaban ditandai 'v'*):

<input type="checkbox"/> transplantasi organ	<input type="checkbox"/> pekerjaan-profesi asisten medis/ dental
<input type="checkbox"/> transfusi darah	<input type="checkbox"/> pekerjaan-profesi petugas ambulan
<input type="checkbox"/> kekerasan fisik	<input type="checkbox"/> pekerjaan-profesi bidan
<input type="checkbox"/> kekerasan seksual	<input type="checkbox"/> pekerjaan-profesi pemadam kebakaran
<input type="checkbox"/> aktivitas seksual	<input type="checkbox"/> pekerjaan-profesi polisi/ polwan
<input type="checkbox"/> pekerjaan-profesi dokter/drg.	<input type="checkbox"/> pekerjaan-profesi petugas Lembaga Perasyarakatan
<input type="checkbox"/> pekerjaan-profesi perawat	<input type="checkbox"/> penyalahgunaan obat melalui intravena-> obat apa?
<input type="checkbox"/> pekerjaan-profesi pegawai laboratorium	<input type="checkbox"/> lainnya, yaitu.....
<input type="checkbox"/> pekerjaan-profesi pekerja tambahan RS	
 - Apakah penyakit tsb masih dapat dipulihkan?

<input type="checkbox"/> Ya, alasan:	<input type="checkbox"/> Tidak, alasan:	<input type="checkbox"/> lainnya:.....
--------------------------------------	---	--
- Prognosis:
- Hasil tes antibodi HIV, tanggal (dd/mm/yy)...../...../.....: ➔ *mohon lampirkan hasil tes.*
 - Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil laboratorium, laporan tindakan medis, dll): ➔ *mohon lampirkan salinannya.*
 - Pengobatan /Terapi :
 - Apakah terdapat hemophilia pada pasien? Ya Tidak
 - Penyakit lain yang menyertai:

Untuk memperlancar proses klaim ini, mohon melampirkan surat keterangan **aparatur hukum** (jika kasus kekerasan) & instansi medis, hasil lab/ penunjang lain, & 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