

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)

- Gagal Ginjal Kronis Stage I
- Gagal Ginjal Kronis Stage II
- Gagal Ginjal Kronis Stage III
- Gagal Ginjal Kronis Stage IV
- Gagal Ginjal Kronis Stage V
- Diabetic Nephropathy
- Insufisiensi Ginjal Autoimun
- Insufisiensi Ginjal lainnya, yaitu.....
- Sindroma Nefrotik Berat yang berulang
- Medullary Cystic
- Tumor Adenoma Adrenal
- Operasi Pengangkatan 1 Ginjal karena Kecelakaan (nama operasi & tanggal?.....)
- Operasi Pengangkatan 1 Ginjal karena penyakit, yaitu..... (nama operasi & tanggal?.....)
- Donor Ginjal
- 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. Prognosis:

5. Level protein dalam urin/24jam:

=< 300mg/24jam

> 300mg/24jam

6. Nilai *Creatinine Clearance corrected* (mohon sertakan bukti hasil lab):

Nilai tersebut terjadi tanggal (dd/mm/yy)...../...../....., berlangsung dalam kurun waktu:

< 90 hari => 90 hari

7. Nilai GFR (mohon sertakan bukti hasil lab): Ginjal kiri=

Ginjal kanan=

8. Apakah terdapat oedema pada pasien?
 Tidak Ya, pada extremitas.....
9. Apakah ada hipertensi?
 Tidak Ya, TD=...../....., apakah masih terkontrol dengan obat? Ya Tidak
10. Apakah pasien memerlukan hemodialisa reguler?
 Tidak Ya, sejak tanggal (dd/mm/yy)...../...../....., frekuensi?....., sampai kapan?.....
11. Jika terdapat kelainan autoimun (dinyatakan oleh spesialis endrokinologi), mohon tuliskan hasil tes berikut di bawah ini:
- Tes stimulasi ACTH=
 - Insulin-induced hypoglycemia test=
 - Tes PRA/ Plasma Renin Activity=
 - Tes level ACTH plasma=
12. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil pemeriksaan radiologis, hasil laboratorium, tes albumin darah, protein urin/ **urinalisa**, laporan tindakan medis, dll):

13. Pengobatan / berbagai 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