

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)

- Amyyotrophic Lateral Sclerosis
- Multiple Sclerosis
- Progressive Bulbar Palsy
- 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. Defisit neurologis (mohon sertakan bukti medis tertulis):
 - Refleks patologis:

 - Sensorik:

 - Motorik:

Derajat Kekuatan Motorik (0-5) *	Anggota Badan	Derajat Kekuatan Motorik (0-5) *	Anggota Badan
	Anggota Badan Kiri Atas		Anggota Badan Kanan Atas
	Anggota Badan Kiri Bawah		Anggota Badan Kanan Bawah
	Lainnya: _____		Lainnya: _____

(*) Derajat kekuatan motorik :
 5 : Kekuatan penuh untuk dapat melakukan aktifitas
 4 : Ada gerakan tapi tidak penuh

- 3 : Ada kekuatan bergerak untuk melawan gravitasi bumi
 2 : Ada kemampuan bergerak tapi tidak dapat melawan gravitasi bumi
 1 : Hanya ada kontraksi
 0 : Tidak ada kontraksi sama sekali

- Defisit lainnya:

- Masalah berbicara Ya Tidak
 Masalah kunyah/ telan Ya Tidak
 Lainnya.....

Defisit neurologis tersebut dialami sejak tanggal (dd/mm/yy)...../...../....., berlangsung dlm kurun:
 < 6 bulan => 6 bulan

6. Pemeriksaan otot:

Upper Limbs	kiri	kanan
Atrofi otot	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
Tonus otot	<input type="checkbox"/> Spastik <input type="checkbox"/> Flaksid	<input type="checkbox"/> Spastik <input type="checkbox"/> Flaksid
.....	Lainnya:.....	Lainnya:.....

Lower Limbs	kiri	kanan
Atrofi otot	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tidak
Tonus otot	<input type="checkbox"/> Spastik <input type="checkbox"/> Flaksid	<input type="checkbox"/> Spastik <input type="checkbox"/> Flaksid
.....	Lainnya:.....	Lainnya:.....

7. Adakah dampak yang menetap/ permanen sebagai akibat dari penyakit yang diderita pasien ?
 Ya Tidak, sampai kapan?

Bila "Ya", mohon dapat dijelaskan apakah dampak menetap tersebut mengakibatkan pasien dapat atau tidak dapat melakukan beberapa aktivitas mandiri dalam kehidupan sehari-hari seperti :

Dapat Tidak

 Mandi

 Melakukan BAB dan BAK

 Berjalan

 Bekerja (dalam/luar) rumah *coret yg tak perlu

Dapat Tidak

 Berpakaian

 Mengendalikan BAB dan BAK

 Makan dan Minum

Dan/atau gejala klinis yang lain yang perlu disampaikan :

Gejala tersebut di atas diderita oleh pasien sejak (dd/mm/yy)...../...../..... s/d
/...../.....

8. Interpretasi hasil pemeriksaan CT-Scan/ MRI Otak/ pemeriksaan radiologis lainnya, *pertama kali* pada tanggal (dd/mm/yy)/...../....., sbb:
- yg menunjukkan kelainan sistem saraf spinal =

- yg menunjukkan kelainan sistem saraf otak =

9. Interpretasi hasil pemeriksaan CT-Scan/ MRI Otak/ pemeriksaan radiologis lainnya, *terbaru/saat ini* pada tanggal (dd/mm/yy)/...../....., sbb:
- yg menunjukkan kelainan sistem saraf spinal =

- yg menunjukkan kelainan sistem saraf otak =

10. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil pemeriksaan neurologi, hasil laboratorium, laporan tindakan medis, dll):

11. Pengobatan / Terapi:

12. 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