

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)

- Koma → GCS/ Glasgow Coma Scale=.....
- Diabetic Coma
- Sindrom Apalik
- 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: alkohol
 penyalahgunaan obat
 medically induced
 trauma
 cerebrovascular accident, yaitu.....
 lainnya, yaitu.....

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:

Defisit neurologis tersebut dialami sejak tanggal (dd/mm/yy)...../...../....., berlangsung sampai tanggal...../...../.....

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. Apakah pasien memerlukan intubasi & ventilasi mekanik? (*mohon sertakan bukti medis tertulis*).

Tidak

Ya, sejak tanggal (dd/mm/yy)...../...../....., jam....., berlangsung selama: < 48jam
 48- < 2jam
 72- < 96jam
 =/ > 96jam

8. Interpretasi hasil pemeriksaan CT-Scan/ MRI Otak/ pemeriksaan radiologis lainnya, **pertama kali** pada tanggal (dd/mm/yy)/...../....., sbb:

9. Interpretasi hasil pemeriksaan CT-Scan/ MRI Otak/ pemeriksaan radiologis lainnya, **terbaru/saat ini** pada tanggal (dd/mm/yy)/...../....., sbb:

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