

KETERANGAN DOKTER KHUSUS UNTUK CACAT TOTAL & TETAP/ KELUMPUHAN

HARUS DIISI DENGAN LENGKAPOLEH DOKTER YANG MENGOBATI / MERAWAT SI SAKIT

Mohon dapat diberikan secara rinci tentang pasien.

Nama	: _____	No. MR _____
Umur	: _____	
Jenis Kelamin	: <input type="checkbox"/> Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan	
Pekerjaan	: _____	
Alamat	: _____	

Tindakan medis atas penyakit ini didasarkan atas hal-hal tersebut dibawah ini :

a. Apakah penyebab Cacat Total-Tetap/ kelumpuhan termasuk di bawah ini (*jawaban Ya ditandai “v” & mohon dijelaskan*):

- cedera/ kecelakaan.
- penyakit sumsum tulang belakang, yaitu _____
- sindrom Guillain-Barre.
- alkohol, obat terlarang, yaitu _____
- Human Immunodeficiency Virus/ HIV & penyakit lain yg timbul darinya.
- penyakit seksual menular, yaitu _____
- penyakit yg memerlukan karantina oleh hukum, yaitu _____
- kelainan mental/ kelainan syaraf.
- pemasukan kuman-kuman penyakit/ virus karena gigitan & sengatan serangga, yaitu _____
- aktivitas berbahaya/ olahraga, yaitu _____
- penyakit kusta.
- keracunan, gas, asap, atau sengatan sinar matahari.
- Polio.
- lainnya _____

b. Bagian tubuh yang mengalami Cacat Total-Tetap/ kelumpuhan adalah :

c. Jenis kelainan/gangguan yang menyebabkan terjadinya Cacat Total-Tetap/ kelumpuhan (Final Diagnosis):

d. Defisit neurologis (*mohon sertakan bukti medis tertulis*):

- **Refleks patologis:**

- **Sensorik:**

- **Motorik:**

Hasil pemeriksaan kekuatan motorik **PERTAMA** kali tanggal (dd/mm/yy)...../...../.....:

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

(*) 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:

< 6bulan => 6bulan

Hasil pemeriksaan kekuatan motorik **TERAKHIR** kali tanggal (dd/mm/yy)...../...../.....:

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

- **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:.....

Kondisi otot tersebut dialami sejak tanggal (dd/mm/yy)...../...../....., berlangsung dlm kurun:

< 6bulan => 6bulan

e. Adakah dampak menetap/ permanen akibat dari penyakit tsb? Ya Tidak
Bila "Ya", mohon dapat dijelaskan bagaimana aktivitas mandiri sehari-hari seperti :

Dapat	Tidak		Dapat	Tidak	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mandi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Berpakaian
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Melakukan BAB dan BAK	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mengendalikan BAB dan BAK
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Berjalan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Makan dan Minum
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bekerja (dalam/luar) rumah *coret yg tak perlu			

Dan/atau gejala klinis yaitu :

Gejala tersebut di atas diderita oleh pasien sejak...../...../.....sampai tanggal (dd/mm/yy)/...../.....
&/atau berlangsung dlm kurun:

< 6 bulan => 6bulan; Perlu alat bantu:

f. Prognosis :

g. Kapan tindakan dilaksanakan? Tanggal (dd/mm/yy)...../...../.....Tindakan/ operasi apa?

h. Apakah cacat/ lumpuh tersebut akan menetap, sehingga bagian tubuh tersebut kehilangan fungsinya menetap

pula? Ya Tidak

Bila Ya, mohon dapat dijelaskan **alasannya**:

i. Interpretasi hasil pemeriksaan CT-Scan/ MRI/ pemeriksaan radiologis lainnya, **pertama kali** pada tanggal

(dd/mm/yy)/...../....., sbb:

- yg menunjukkan kelainan sistem saraf spinal =

- yg menunjukkan kelainan sistem saraf otak =

j. Interpretasi hasil pemeriksaan CT-Scan/ MRI/ pemeriksaan radiologis lainnya, **terbaru/saat ini** pada tanggal

(dd/mm/yy)/...../....., sbb:

- yg menunjukkan kelainan sistem saraf spinal =

- yg menunjukkan kelainan sistem saraf otak =

k. Pengobatan / Terapi:

l. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, EMG, EEG, hasil pemeriksaan neurologi, hasil laboratorium, laporan

tindakan medis, dll):*mohon lampirkan.*

m. Hal lain yang masih dianggap perlu untuk dijelaskan (misalnya HIV, salah guna obat, alkohol):

Untuk memperlancar proses klaim ini, mohon dokter dapat melampirkan laporan medis, CTscan/ MRI/ EEG/ EMG, hasil laboratorium, dan hasil-hasil tes lain 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