

**SURAT KETERANGAN DOKTER
KHUSUS UNTUK PENYAKIT KRITIS (TUMOR OTAK JINAK)**

HARUS DIISI OLEH DOKTER YANG MENGOBATI / MERAWAT PENDERITA

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal yang berhubungan dengan pasien:

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

Diagnosa penyakit ini didasarkan atas hal-hal tersebut dibawah ini :

- a. Mohon disebutkan jenis tumor otak jinak yang diderita pasien : (*jawaban ditandai 'v'*)

JENIS	YA	KETERANGAN
Kista		
Granuloma		
Malformasi arteri/vena otak		
Memar/ haematoma		
Tumor kelenjar pituitary		
Tumor sumsum tulang belakang		
Lainnya.....		

- b. 1. Mohon disebutkanejak kapan diagnosis tumor otak jinak jenis tersebut pertama kali ditegakkan ?
...../...../..... (tgl/bln/tahun)

2. Mohon disebutkan kapan dilakukan operasi terhadap tumor (tgl/bln/tahun) & nama operasinya:

Ukuran tumor:

3. Adakah kelainan saraf menetap (**paska operasi**) dari penyakit yang diderita pasien ? Ya, Tidak

Bila "Ya", mohon dapat dijelaskan kelainannya (neurological deficit).

4. Adakah kelainan saraf menetap (**jika tak operasi**) dari penyakit yg diderita pasien ? Ya, Tidak

Bila "Ya", mohon dapat dijelaskan kelainannya (neurological deficit).

5. Adakah dampak yang menetap (**paska operasi**) dari penyakit yang diderita pasien ? Ya, Tidak

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

6. Adakah dampak yang menetap (**jika tak operasi**) dari penyakit yang diderita pasien ? Ya, Tidak

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

Dan/atau gejala klinis yang lain yang perlu disampaikan :

Gejala tersebut di atas diderita oleh pasien sejak/...../..... s/d/...../.....
(tgl/bln/tahun)

7. Bagian tubuh yang mengalami kelumpuhan/kelemahan pada saat pemeriksaan **pertama kali**/...../..... (tgl/bln/tahun) adalah :

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: _____

8. Bagian tubuh yang mengalami kelumpuhan/kelemahan pada saat pemeriksaan **paska 3 bulan dari awal terdiagnosis (terakhir kali)**...../...../..... (tgl/bln/tahun) adalah :

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

c. 1. Interpretasi hasil CT-Scan/MRI Otak **pertama kali** pada/...../..... (tgl/bln/tahun), sbb :

2. Interpretasi hasil CT-Scan/MRI Otak **terakhir kali** pada/...../..... (tgl/bln/tahun), sbb :

d. Pengobatan/ terapi termasuk berikut di bawah ini (*jawaban ditandai 'v'*):

kemoterapi/ radioterapi

perawatan *paliatif*

tak bisa dilakukan pembedahan, tumor bertambah besar

lainnya.....

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

Untuk memperlancar proses klaim ini, **mohon melampirkan** laporan medis, hasil laboratorium/ radiologis/ penunjang lainnya, & tes-tes 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