

SURAT KETERANGAN DOKTER UNTUK EPILEPSI BERAT

HARUS DIISI DENGAN LENGKAP OLEH DOKTER YANG MENGOBATI / MERAWAT SI SAKIT

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal mengenai pasien:

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

- Anamnesa:
- Diagnosis & tanggal pertama kali ditegakkan (dd/mm/yy)...../...../.....:
- Penyebab penyakit tsb:
- Nama operasi?
Tanggal operasi (dd/mm/yy)?
Di oleh
- Sebelum operasi, terdapat kejang apa (jawaban ditandai 'v')? tonic
 atonic
 myoclonic
 clonic
 focal/ partial simple
 focal/ partial complex
 grand mal/ tonik-klonik
 petit mal
 lainnya, yaitu.....
- Apakah kejang-nya terjadi berulang?
 Tidak Ya, tanggal terjadinya (dd/mm/yy) & mohon sertakan bukti rekam medis:
- Sebutkan nama obat epilepsy untuk pasien: satu macam obat, yaitu.....
 > 1 macam/ kombinasi, yaitu.....
- Konsumsi obat tersebut sejak tanggal (dd/mm/yy)...../...../....., berlangsung kurun waktu:
 < 6 bulan => 6 bulan
- Prognosis:
- Data Pendukung Medis (meliputi: resume, hasil laboratorium cairan otak/ spinal tap/ darah, EEG, CTscan/ MRI/ PETscan/ radiologis lainnya, laporan tindakan medis, dll): -> *dapat tulis di halaman baliknya.*
- 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