

**KETERANGAN DOKTER
KHUSUS UNTUK CACAT TOTAL-TETAP (KELUMPUHAN)**

HARUS DIISI DENGAN LENGKAPOLEH DOKTER YANG MENGOBATI / MERAWAT SI SAKIT

Cacat Total-Tetap: kehilangan kegunaan kedua kaki atau kedua tangan, atau sebuah kaki & sebuah tangan, atau kehilangan kegunaan kedua mata.

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	:	_____		

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

a. Apakah penyebab 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 kelumpuhan adalah :

c. Jenis kelainan/gangguan yang menyebabkan terjadinya 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 dalam 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 dalam kurun:
 < 6 bulan => 6 bulan

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

Dapat Tidak

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mandi

Melakukan BAB dan BAK

Berjalan

Bekerja "in-door"

Dapat Tidak

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Berpakaian

Mengendalikan BAB dan BAK

Makan dan Minum

Bekerja "out-door"

Dan/atau gejala lain, yaitu:

Apakah pasien ber-kursi roda/ tongkat/ alat bantu lain?

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

[] < 6 bulan [] => 6bulan

- e. Prognosis :
- f. Kapan tindakan dilaksanakan? Tanggal (dd/mm/yy)...../...../.....Tindakan/ operasi apa?
- g. **Apakah kelumpuhan tersebut akan menetap, sehingga bagian tubuh tersebut kehilangan fungsinya menetap pula?** [] Ya [] Tidak

Bila Ya, mohon dapat dijelaskan alasannya:

- h. 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 =
- i. 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 =

- j. Pengobatan / Terapi:
- k. Data Pendukung Medis (meliputi: resume, EMG, EEG, hasil pemeriksaan neurologi, hasil laboratorium, laporan tindakan medis, dll): € mohon lampirkan.
- l. Hal lain yang masih dianggap perlu untuk dijelaskan (misalnya HIV, salah guna obat, alkohol):

Untuk memperlancar proses klaim ini, mohon dokter dapat melampirkan salinan semua dokumentasi medis yang mendukung.

Tempat & tanggal dibuat, _____

Dokter yang merawat,

(_____)

nama jelas, tanda tangan & 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