



BAGIAN II – SURAT KETERANGAN DOKTER (PERNYATAAN PENYAKIT KRITIS) SERANGAN JANTUNG

laporan ini harus diisi oleh Dokter Spesialis Jantung atau Dokter Spesialis yang terdaftar dengan biaya sendiri oleh Pemohon/Pasien

Nama Pasien			
Usia		Nomor Polis	
Pekerjaan saat ini		Jenis Kelamin	Pria / Wanita

1. Rincian Umum	
a) Apakah Pasien ini adalah Pasien Anda?	<input type="checkbox"/> Ya, Sejak kapan <input type="checkbox"/> Tidak
b) Apakah Pasien adalah seorang perokok?	<input type="checkbox"/> Ya, Sejak kapan <input type="checkbox"/> Tidak
c) Kapan Pasien pertama kali konsultasi dengan Anda untuk kondisi ini?	
d) Gejala yang muncul pada saat itu?	
e) Kapan gejala pertama kali muncul?	Menurut Pasien: _____ Menurut pendapat Anda: _____
f) Jelaskan secara rinci kondisi pasien saat ini.	
g) Kapan terakhir konsultasi dengan Anda	

2. Rincian Diagnosis I	
a) Mohon berikan rincian diagnosa secara lengkap.	
b) Tanggal diagnosa	
c) Nama dan alamat Dokter yang melakukan diagnosa	
d) Apakah Pasien Anda diberitahu tentang diagnosa? Jika ya, kapan dan oleh siapa?	
e) Apakah Pasien Anda pernah mengalami serangan[AMI] sebelumnya dari kondisi ini? Jika ya, mohon berikan penjelasannya, termasuk kapan terjadi serangan tersebut.	
f) Apakah Pasien Anda pernah mengalami kondisi lain yang mengarah ke kondisi ini atau yang berhubungan dengannya? Jika ya, mohon berikan penjelasannya, termasuk tanggal dari serangan tersebut	
g) Apakah Pasien ini dirujuk kepada Anda? Jika ya, berikan nama dan alamat Dokter yang merujuk	
h) Nama dan alamat Dokter/RS yang sedang merawat Pasien Anda secara bersamaan untuk kondisi ini.	



3. Rincian Diagnosis II	
a) Tes apa saja yang dilakukan untuk mengkonfirmasi diagnosa dan bagaimana hasil tesnya?	
b) Berikan penjelasan lengkap tentang nyeri dada sebelum serangan[AMI2].	
c) Apakah EKG dilakukan? Jika ya, mohon berikan kapan terjadi dan penjelasan perubahan EKG. Mohon melampirkan hasil EKG.	
d) Apakah ada peningkatan enzim jantung? Jika ya, mohon berikan penjelasan kadar enzim jantung kepada kami. Mohon lampirkan hasil tes tersebut.	<input type="checkbox"/> Ya Detail: <input type="checkbox"/> Tidak
e) Apakah ada peningkatan tes Troponin T /I? Jika ya, mohon berikan penjelasan kadar Troponin T. Mohon lampirkan hasil tes tersebut.	<input type="checkbox"/> Ya Detail: <input type="checkbox"/> Tidak
f) Apakah terdapat Left Ventricular Ejection Fraction kurang dari 50% (lima puluh persen) yang berlangsung selama 3 bulan atau lebih setelah serangan?	<input type="checkbox"/> Ya Detail: <input type="checkbox"/> Tidak
g) Apakah kondisi tersebut diklasifikasikan sebagai sindrom koroner akut?	<input type="checkbox"/> Yes Detail: <input type="checkbox"/> Tidak
h) Apakah Percutaneous Coronary Intervention (PCI) dilakukan? Jika ya, apakah Anda pernah menjalani PCI untuk penyakit arteri koroner menyebabkan peningkatan biomarker jantung? Mohon berikan penjelasannya.	<input type="checkbox"/> Yes Detail: <input type="checkbox"/> Tidak
i) Apakah ada tes dan prosedur investigasi lain yang telah dilakukan? Jika ya, mohon berikan penjelasannya dan lampirkan salinan laporannya.	



4. Apakah Pasien pernah dirawat karena salah satu dari penyakit berikut ini? Jika ya, mohon berikan informasi tambahan sesuai tabel di bawah ini.

	Tanggal diagnosis/ Onset	Nama dan alamat Dokter yang dikonsultasikan	Tanggal konsultasi
Hipertensi			
Diabetes Melitus			
Penyakit Kardiovaskular			
Kanker			
Penyakit/ Cedera lainnya yang diderita Pasien. Mohon sebutkan Penyakit/ Cedera lainnya			

5. Mohon berikan informasi lain yang menurut Anda akan membantu dalam penilaian klaim Pasien Anda.

Catatan: Mohon lampirkan salinan semua laporan investigasi termasuk biopsi, laporan sitologi, CT Scan, studi pencitraan, bukti laboratorium, laporan pembedahan, dan semua laporan rumah sakit terkait lainnya yang tersedia.

Dengan ini Saya/Kami menyatakan bahwa Saya/Kami *telah/belum pernah melihat nomor Kartu Tanda Penduduk (KTP) milik Pemohon/Pasien sebagaimana disebutkan di atas dan yang fotonya memiliki kemiripan dengan Pemohon/Pasien yang telah Saya/Kami periksa.

Dengan ini Saya menyatakan bahwa jawaban-jawaban/ keterangan-keterangan di atas adalah benar, lengkap dan dapat dipertanggungjawabkan serta dipergunakan sebagaimana mestinya .

(Tanda tangan Dokter) dengan stempel resmi Rumah Sakit

Nama : _____

Kualifikasi : _____

Tanggal : _____