



## BAGIAN II – SURAT KETERANGAN DOKTER (PERNYATAAN PENYAKIT KRITIS) STROKE

Laporan ini harus diisi oleh Dokter Spesialis Saraf yang terdaftar dengan biaya sendiri oleh Pemohon/Pasien

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

1. Penjelasan Umum	
a) Apakah Pasien anda adalah Pasien lama anda? (pernah berobat)	<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 Anda pertama kali berkonsultasi dengan Anda terkait kondisi ini?	
d) Gejala yang muncul pada saat itu?	
e) Kapan gejala pertama kali muncul?	Menurut Pasien: _____ Menurut pendapat Anda: : _____
f) Berikan penjelasan yang detail dari kondisi Pasien saat ini.	
g) Tanggal terakhir berobat	

2. . Penjelasan Diagnosis I	
a) Mohon berikan penjelasan diagnosa secara lengkap.	
b) Tanggal diagnosan	
c) Nama dan alamat Dokter yang menegakkan diagnosa	
d) Apakah Pasien Anda diberitahu tentang diagnosa ini? Jika ya, kapan dan oleh siapa?	
e) Apakah Pasien Anda pernah mengalami kondisi ini sebelumnya Jika ya, mohon berikan penjelasannya, kapan mengalami episode atau kondisi tersebut.	
f) Apakah Pasien Anda pernah mengalami kondisi lain yang mengarah ke gejala saat ini atau yang berhubungan dengannya? Jika ya, mohon berikan penjelasannya, kapan mengalami gejala tersebut?	
g) Apakah Pasien ini dirujuk kepada Anda? Ya, / Tidak	



h) Jika Iya, Sebutkan Nama dan alamat Dokter yang menangani Pasien ini sebelum menemui Anda	
i) Nama dan alamat Dokter/RS yang sedang merawat Pasien Anda secara bersamaan untuk kondisi ini	
j) Apakah Anda merujuk Pasien Anda ke Dokter lain? Jika ya, mohon berikan nama dan alamat Dokter tersebut.	



### 3. Penjelasannya Diagnosis II

a) Menurut pendapat professional Medis Anda, apa yang menyebabkan stroke?	
b) Apakah Pasien Anda menderita gejalasisa neurologis? Mohon beri tanda centang pada jawaban yang sesuai.	i. Ya, bertahan lebih dari 24 jam <input type="checkbox"/> iii. Ya,, bertahan lebih dari 6 bulan <input type="checkbox"/> ii. Ya, bertahan lebih dari 3 bulan <input type="checkbox"/> iv. Tidak ada gejala sisa neurologis <input type="checkbox"/>
c) Mohon berikan penjelasan neurologis atau cacat ditemukan pada Pasien.	
d) Apakah gejala sisa neurologis atau cacat residual ini cenderung bersifat permanen?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
e) Apakah ada infark jaringan otak, perdarahan atau emboli dari sumber ekstra kranial? Jika ya, mohon berikan penjelasannya.	<input type="checkbox"/> Ya      Detail: _____ <input type="checkbox"/> Tidak
f) Apakah kejadian stroke/gejala otak Pasien Anda disebabkan oleh kondisi berikut ini? Jika ya, mohon berikan penjelasannya.	i. Transient Ischemic Attacks <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak ii. Any Reversible Ischemic Neurological Deficit <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak iii. Vertebrobasilar Ischemia <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak iv. Migrain <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak v. Trauma or Hypoxia <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak vi. Penyakit Vaskular yang mempengaruhi Mata <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak _____ atau Saraf Mata Detail: _____
g) Mohon berikan penjelasannya mengenai perubahan yang terlihat pada CT scan atau MRI. Mohon lampirkan hasilnya.	
h) Apakah ada tes dan prosedur investigasi lain yang telah dilakukan? Jika ya, mohon berikan penjelasannya dan lampirkan hasilnya.	



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 Periksa.

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

\_\_\_\_\_  
(Tanda tangan Dokter) dengan stempel resmi Rumah Sakit

Nama : \_\_\_\_\_

Kualifikasi : \_\_\_\_\_

Tanggal : \_\_\_\_\_