

SURAT KETERANGAN DOKTER KHUSUS UNTUK PENYAKIT KRITIS-STROKE

HARUS DIISI OLEH DOKTER YANG MENGOBATI / MERAWAT PENDERITA

Pengertian : Yang dimaksud dengan Stroke adalah gangguan pembuluh darah otak yang mengakibatkan kelainan syaraf secara menetap termasuk terjadinya infark jaringan otak, pendarahan dan emboli yang berasal dari sumber di luar kepala. Diagnosa harus dipastikan oleh dokter spesialis dan dibuktikan dengan gejala klinis disertai CCT-Scan atau MRI otak yang khas. Bukti kelainan syaraf ini harus sudah terjadi sekurang-kurangnya dalam waktu 3 (tiga) bulan

Mohon dapat diberikan secara rinci hal-hal yang berhubungan dengan terjadinya Stroke pada 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 Stroke yang diderita pasien: (**pilih/ tandai “v” sebagai jawaban ‘ya’**)

TYPE	Yes	Detail of Diagnosis
Stroke Haemorrhagic		
Stroke Non Haemorrhagic		
Transient Ischemic Attack (TIA)		
Traumatic injury of the brain		
Neurological symptoms due to migraine		
Lacunar Strokes without neurological deficit		

- b. 1. Mohon disebutkan sejak kapan diagnosa Stroke jenis tersebut pertama kali ditegakkan ?
...../...../..... (dd/mm/yy).

2. Mohon disebutkan faktor pencetus/penyakit yang menjadi penyebab terjadinya Stroke dan sejak kapan (dd/mm/yy) penderita menderita penyakit tersebut.

- c. 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 dlm kurun:

< 3bulan => 3bulan

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 dlm kurun:

< 3bulan => 3bulan

Adakah dampak yang menetap/ permanen sebagai akibat dari penyakit yang diderita pasien ?

Ya Tidak

Bila 'Ya', mohon dapat dijelaskan apakah mengakibatkan pasien dapat melakukan aktivitas mandiri seperti :

Dapat Tidak

Dapat Tidak

Mandi

Berpakaian

Melakukan BAB dan BAK

Mengendalikan BAB dan BAK

Berjalan

Makan dan Minum

Bekerja (dalam/ luar) rumah *coret yg tak perlu

Dan/atau gejala lain, yaitu:

Gejala tersebut di atas diderita oleh pasien sejak (dd/mm/yy)...../...../....., berlangsung dlm kurun:

< 3bulan => 3bulan

- d. Tindakan/ jenis operasinya adalah (*jawaban ditandai "v" dalam kurung tersedia*), tanggal...../...../.....(dd/mm/yy):
- () Operasi perbaikan aneurysma intrakranial atau pengangkatan kelainan / malformasi arteri-vena melalui *kraniotomi*.
 - () Operasi perbaikan melalui prosedur *endovascular*.
 - () Operasi implantasi *shunt* dari ventrikel otak.
 - () Tindakan *endarterektomi arteri carotid* dengan penyempitan.....%.
 - () Tindakan *endarterektomi* selain arteri carotid yaitu pembuluh darah.....
 - () Lainnya, yaitu...

- e. Interpretasi hasil pemeriksaan CT-Scan/MRI Otak **pertama kali** tanggal...../...../.....(dd/mm/yy):

Interpretasi hasil pemeriksaan CT-Scan/MRI Otak **terbaru/saat ini** tanggal...../...../.....(dd/mm/yy):

Interpretasi hasil pemeriksaan *Arteriografi* [jika pernah] pada...../...../..... (dd/mm/yy) , sbb :

- f. Data Pendukung Rekam Medik (meliputi hasil pemeriksaan neurologi, hasil laboratorium, tindakan medik/ laporan operasi, pemeriksaan darah, detail terapi)→*mohon lampirkan*:

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

Untuk memperlancar proses klaim ini, mohon dokter dapat melampirkan laporan medis, hasil laboratorium, pemeriksaan penunjang , dan test-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