

RAHASIA

SURAT KETERANGAN DOKTER

- ✓ Diisi oleh dokter yang merawat/mengobati
- ✓ Harap diisi dengan menggunakan huruf cetak
- ✓ Beri tanda “√” yang sesuai dengan kondisi penyakit :
- Serangan Jantung/*Heart Attack*
- Penyakit Pembuluh Darah Jantung lain yang serius/*Coronary Artery Serious Disease*
- Tindakan Bedah Pembuluh Darah Aorta/*Aorta Surgery*
- Angioplasty, Laser Treatment/*Coronary Atherectomy*
- Cardiomyopathy*
- Pembedahan Jantung Lainnya/*Other Cardiac Surgery*

DATA PASIEN (DIISI OLEH DOKTER)

1. Nama Pasien : _____
2. Nomor E-KTP/ Paspor : _____
3. No. Pasien/ Rekam Medis/ No.Kartu : _____
4. Tanggal lahir/ Usia : _____
5. Alamat Rumah : _____

RIWAYAT PENYAKIT

6. Kapan pertama kali Pasen berkonsultasi dengan Dokter untuk penyakit ini? ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)
7. Mohon sebutkan diagnosanya:

8. Kapan diagnosa penyakit ini ditegakkan? ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)
9. Mohon jelaskan keluhan/gejala secara terperinci:

10. Sejak kapan gejala dan keluhan tersebut? ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)
11. Mohon jelaskan hasil dan kelainan dari pemeriksaan fisik yang dilakukan:

12. Tindakan medis, pengobatan dan saran apa yang telah diberikan dan mohon jelaskan tujuannya

Tanggal	Bulan	Tahun	Jenis Tindakan Medis/Pengobatan/Saran	Tujuan

13. Apakah penyebab penyakit ini termasuk:

- Cacat Bawaan HIV
 Penyalahgunaan Alkohol Merokok

14. Bagaimana Prognosis pada pasien ini?

15. Mohon berikan nama dan alamat Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi/rujukan oleh Pasien sebelumnya:

16. Mohon jelaskan secara detail dan lampirkan semua hasil pemeriksaan atau tes dari Rumah Sakit sehubungan dengan keadaan/penyakit Pasien:

17. Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) jika ada, yang meningkatkan resiko penyakit? Jika "Ada", mohon dijelaskan:

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

18. Apakah sebelumnya pasien pernah menjalani rawat jalan? Jika pernah, mohon dijelaskan:

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

19. Apakah sebelumnya Pasien pernah menjalani rawat inap? Jika pernah, mohon dijelaskan:

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

RINCIAN MEDIS

20. Apakah terdapat riwayat nyeri dada yang khas yang mengarah pada serangan jantung?

- Ya Tidak

21. Apakah terdapat kondisi Artmia Jantung pada pasien?

Ya Tidak

22. Apakah ada kelainan pada pemeriksaan *Elektrokardiografi (EKG)* yang menandakan Miokardial Infark Akut?

Ya Tidak Jika "Ya", sejak kapan? ___ (tgl), ___ (bln), ____ (thn)

Kelainan Elektrokardiografi (EKG) berupa:

23. Apakah dilakukan pemeriksaan enzim Jantung?

Ya Tidak

24. Apakah terjadi peningkatan yang baru pada kadar enzim Jantung?

Ya Tidak

Jika "Ya", mohon dilampirkan hasilnya

25. Apakah sebelumnya pasien pernah mengalami atau di diagnosa menderita serangan jantung?

Ya Tidak

Jika "Ya", kapan? ___ (tgl), ___ (bln), ____ (thn)

26. Apakah diagnosa tersebut dikategorikan sebagai *Infark Miocard* lama atau *Infark Miocard* baru?

27. Apakah ada nilai fraksi ejeksi ventrikel kiri di bawah 50%?

Ya Tidak

Jika "Ya", sejak kapan? ___ (tgl), ___ (bln), ____ (thn)

28. Jika terdapat sumbatan pada pembuluh darah berikut, mohon diisi jumlah persentase sumbatan:

Pembuluh Darah	Persentase Sumbatan
<i>Left Main Coronary Artery</i>	%
<i>Left Anterior Descending Artery</i>	%
<i>Circumflex Artery</i>	%
<i>Right Coronary Artery</i>	%

Lampirkan hasil *angiografi* yang menandakan sumbatan di atas.

29. Apakah operasi telah dilakukan?

Ya Tidak

Jika "Ya", mohon beri tanda ✓ :

Operasi Jantung Terbuka untuk perbaikan fungsi katup/Open Heart Valve Surgery

Coronary Artery Bypass Graft (CABG)

Operasi torakotomi pada Aorta/*Aorta Surgery via Thoracotomy*

Coronary Artery Artherectomy

Pembedahan Katup Percutaneous, seperti *Valvuloplasty* dan *valvotomy*

Mitral Valvotomy

Mitral Valve Replacement

Pulmonary Valve Surgery

Tindakan lainnya, mohon jelaskan:

30. Apakah terdapat kondisi Kardiomiopati yang mengakibatkan penurunan fisik menetap minimal kelas 3 NYHA?

Ya Tidak

31. Apakah terdapat riwayat sesak dan lemas?

Ya Tidak

32. Apakah tekanan Ventrikel kanan dan tekanan diastolic paling sedikit 8 mmHg?

Ya Tidak

33. Apakah terdapat hipertrofi ventrikel kanan, dilatasi dan tanda dari gagal jantung kanan dan dekompensasi?

Ya Tidak

34. Jika terdapat Kardiomiopati, apakah berhubungan dengan penyalahgunaan alkohol?

Ya Tidak

35. Mohon tuliskan informasi kesehatan lainnya yang menurut Dokter dapat membantu kami untuk memproses klaim ini:

PERIODE PERAWATAN RUMAH SAKIT

36. Tanggal Masuk : ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn), Jam: ____ : ____

37. Tanggal Keluar : ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn), Jam: ____ : ____

PERNYATAAN DOKTER

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter/Spesialisasi : _____

Alamat Dokter/Rumah Sakit : _____

Nomor Telepon/*Handphone* : _____

Ditandatangani di _____ , ____ / ____ / 20 ____

Nama Dokter

Cap Rumah Sakit

Tanda Tangan & Nama Jelas
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Cap Harus Jelas