

RAHASIA MEDIS

**SURAT KETERANGAN DOKTER
 PENYAKIT KRITIS JANTUNG DAN PEMBULUH DARAH**

Nama Pasien :
 Nomor Rekam Medis :
 Tanggal Lahir :
 Alamat :

Mohon diisi dengan huruf cetak dan informasi berdasarkan Catatan Rekam Medis Pasien

1. Kapan pertama kali Pasien berobat ke Dokter? _____
2. Diagnosis Penyakit pada saat perawatan: _____
3. Apakah terdapat keluhan nyeri dada yang khas pada saat terjadinya serangan? Ya Tidak
4. Apakah terdapat peningkatan enzim jantung di atas nilai standar? Ya Tidak

Jika "Ya" mohon lengkapi informasi di bawah ini dan lampirkan hasil pemeriksaan

- a. CKMB :
- b. Troponin:
- c. CK/CPK :
- d. Lainnya :

5. Apakah terdapat perubahan elektrokardiografi (EKG) baru yang menunjukkan bukti dari infark transmural atau kerusakan luas otot polos jantung? Ya Tidak

Jika "Ya" mohon lengkapi informasi di bawah ini dan lampirkan hasil pemeriksaan

- a. Gelombang Q abnormal
 Ada Tidak ada
- b. Perubahan segmen ST pada setidaknya 3 lead
 Ada Tidak ada
- c. Jenis Perubahan EKG dan terjadi pada lead apa saja? (contoh: T inverted pada lead V2 dan V3)

6. Apakah terdapat penyumbatan/penyempitan pembuluh darah arteri koroner? Ya Tidak

Jika "Ya" mohon lengkapi informasi di bawah ini dan lampirkan hasil pemeriksaan

Left Main Coronary Artery (LMA) : %
Left Anterior Descending Artery (LAD) : %
Left Circumflex Artery (LCx) : %
Right Coronary Artery (RCA) : %
 Pembuluh darah lainnya/cabang : %

Apakah sudah dilakukan tindakan *Angioplasty/PCI/PTCA* untuk revaskularisasi? Ya Tidak

7. Apakah diperlukan tindakan operasi *bypass* (CABG) pada pembuluh darah arteri koroner?
 Ya Tidak

Apakah sudah dilakukan tindakan operasi *bypass* (CABG) pada pembuluh darah arteri koroner?
 Ya Tidak

Jika "Ya" apakah menggunakan:

- () Vena saphena
() Pembuluh darah *mammaria interna*
() Bahan sintetik
() Lainnya yaitu: _____

8. Apakah terdapat penurunan nilai fraksi ejeksi ventrikel kiri (LVEF) di bawah 50%? Ya Tidak
9. Apakah terjadi ketidakmampuan fisik secara permanen dengan derajat paling sedikit pada *Class III* sesuai dengan *New York Heart Association (NYHA) Classification of Cardiac Impairment*? Ya Tidak
10. Apakah dilakukan tindakan operasi jantung lainnya? Ya Tidak
- () *Permanent Pacemaker Implantation Surgery*
() *Cardioverted Defibrillator Implantation Surgery*
() *Percutaneous Valvuloplasty/Valvulotomy*
() *Transcatheter Aortic Valve Replacement*
() *Open Heart Valve Replacement*
() *Keyhole Coronary Bypass Surgery*
() *Coronary Atherectomy*
() *Trans-myocardial Laser Revascularization*
() *Endarterectomy of Carotid Artery*
() *Minimally Invasive Aortic Dissection Surgery*
() *Open Heart Aortic Dissection Surgery*
() *Heart and Lung Transplantation Surgery*

Demikian semua keterangan yang Saya buat di atas adalah benar, sesuai dengan yang Saya ketahui berdasarkan Catatan Rekam Medis Pasien dan menghormati Sumpah Profesi.

_____, ____/____/20__

()

Surat ASLI atas jawaban pertanyaan bersifat RAHASIA, HANYA diberikan kepada bagian CLAIM PT Chubb Life Insurance Indonesia dan/atau orang yang telah ditunjuk dalam surat kuasa/surat penugasan