

**SURAT KETERANGAN DOKTER
 PENYAKIT KRITIS STROKE DAN PEMBULUH DARAH OTAK**

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 terjadi salah satu kejadian *cerebrovascular* di bawah ini?
 () Infark Jaringan Otak
 () Perdarahan Otak atau Selaput Otak Bawah (*Subarachnoid*)
 () Embolisme Otak
 () Trombosis Otak
 () *Transient Ischemic Attack*
 () *Reversible Ischemic Neural disease*
 () Bukan salah satu di atas, sebutkan _____
4. Bagian tubuh mana yang mengalami kerusakan saraf/defisit neurologis?
 (Diperiksa oleh Dokter, tanggal: _____ bulan: _____ tahun: _____)

a. Mata	<input type="checkbox"/> Kanan	<input type="checkbox"/> Kiri	Visus: _____ / _____
b. Wajah	<input type="checkbox"/> Kanan	<input type="checkbox"/> Kiri	Motorik: _____ / _____
c. Tubuh	<input type="checkbox"/> Kanan	<input type="checkbox"/> Kiri	Motorik: _____ / _____
d. Lengan Atas	<input type="checkbox"/> Kanan	<input type="checkbox"/> Kiri	Motorik: _____ / _____
e. Lengan Bawah	<input type="checkbox"/> Kanan	<input type="checkbox"/> Kiri	Motorik: _____ / _____
f. Telapak Tangan	<input type="checkbox"/> Kanan	<input type="checkbox"/> Kiri	Motorik: _____ / _____
g. Tungkai Atas	<input type="checkbox"/> Kanan	<input type="checkbox"/> Kiri	Motorik: _____ / _____
h. Tungkai Bawah	<input type="checkbox"/> Kanan	<input type="checkbox"/> Kiri	Motorik: _____ / _____
i. Telapak Kaki	<input type="checkbox"/> Kanan	<input type="checkbox"/> Kiri	Motorik: _____ / _____
5. Apakah kerusakan saraf/defisit neurologis yang dialami Pasien saat ini, sifatnya **permanen** atau **menetap**?
 Ya, sejak tanggal: _____ bulan: _____ tahun: _____
 Belum bisa ditentukan, masih dalam evaluasi
 Tidak
6. Apakah sudah dilakukan pemeriksaan CT-Scan atau MRI Kepala pada Pasien? Ya Tidak
 Jika "Ya" mohon lengkapi informasi di bawah ini dan lampirkan hasil pemeriksaan
 - a. CT-Scan Kepala :
 - b. MRI Kepala :
 - c. Lainnya :

7. Apakah terjadi koma pada Pasien dan membutuhkan ventilator/respirator sebagai alat penunjang kehidupan?
- Ya, berlangsung lebih dari 48 jam
 - Ya, berlangsung lebih dari 96 jam
 - Tidak
8. Apakah Pasien menjalani Pembedahan untuk pemasangan *ventricle shunt* di otak?
- Ya
 - Tidak

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