

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

- Stroke**
- Koma/Coma**
- Meningitis/Meningitis**
- Ensefalitis/Encephalitis**
- Epilepsi Berat/Epilepsy**
- Trauma Kepala Serius/Major Head Injury**
- Kelainan Pembuluh Darah Otak Lainnya/Other Cerebrovascular disorders**

Nama Pasien/Peserta (Yang Diasuransikan)*
Patient's Name/Life Assured

Tanggal Lahir
Date of Birth

**No. Rekam Medik/
Medical Record No.**

Dokter yang terhormat,
Dear Doctor,

Nama tersebut di atas adalah Peserta (Yang Diasuransikan) pada PT Prudential Sharia Life Assurance atas manfaat yang berkaitan dengan salah satu Kondisi Kritis. Kami telah menerima pengajuan klaim sehubungan dengan penyakit tersebut dan untuk kelancaran proses klaim, kami sangat mengharapkan kerja sama Anda untuk melengkapi formulir ini.

The name above is insured with PT Prudential Sharia Life Assurance. A claim has been submitted in connection with one of the Critical Condition and to enable us to assess the claim, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form.

Atas kerja sama kami ucapkan terima kasih.
Thank you.

*Peserta (Yang Diasuransikan) dapat mencakup Peserta dan Peserta Yang Diasuransikan

A. Informasi Umum/ *General Information*

1. Sejak kapan pasien berkonsultasi dengan Dokter untuk Penyakit ini?
Since when have you been the medical attendant of this patient for the illness?

2. Mohon cantumkan Diagnosanya?
Please give us your detailed diagnosis?

3. Kapan Diagnosa penyakit ini ditegakkan?
When the illness disease has been diagnosed?

4. Apakah gejala/keluhannya?
What were the patient's chief symptoms/complaints?

5. Sejak kapan gejala dan keluhan tersebut dilaporkan?
Since when the chief symptoms/complaints?

6. Mohon jelaskan hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan.
Please describe the results of physical examination performed.

Tanggal <i>Date</i>	Pemeriksaan Fisik <i>Physical examination</i>	Hasil <i>Result</i>

7. Tindakan medis, pengobatan dan saran apa yang telah diberikan? Mohon jelaskan juga tujuannya.
Please describe any medication or suggestions given to the patient and the purpose of such medications/suggestions.

Tanggal <i>Date</i>	Jenis tindakan medis/Pengobatan/Saran <i>Type of medication/suggestion</i>	Tujuan <i>Purpose</i>

8. Apakah penyebab penyakit ini termasuk cacat bawaan? Ya/Yes Tidak/No
Is current condition caused by congenital factors?

9. Apakah penyebab penyakit diakibatkan oleh HIV?

Is current condition caused by HIV?

Ya/Yes Tidak/No

10. Apakah penyebab penyakit karena penyalahgunaan alkohol?

Is current condition caused by alcohol abused?

Ya/Yes Tidak/No

11. Mohon berikan nama dan alamat Dokter/spesialis/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi oleh Peserta (Yang Diasuransikan) sebelumnya Peserta (Yang Diasuransikan) menjadi pasien Anda.

Please give us the name and address of doctors/specialists/hospitals visited by the patient before he/she was under your treatment.

12. Mohon lampirkan semua hasil pemeriksaan yang telah dilakukan

Please attach all of test results have been done

B. Rincian Medis/Medical Details

1. Apakah penyebab kondisi yang dialami pasien?

What the caused of condition suffered by the patient? month/date/years

Kecelakaan/Accident

Penyakit/Illnes

Lainnya/Others

Mohon jelaskan perjalanan penyakit/kecelakaan/penyebab lainnya tersebut.

Please explain the history of disease / accident / other causes.

2. Mohon sebutkan jenis pemeriksaan penunjang yang dilakukan?

Please state the type of investigation has been conducted?

CT Scan/Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Punksi Lumbar/Lumbar Puncture

Positron Emission Tomography (PET Scan)

Electroencephalography (EEG)

Carotid Arteriography

Mohon lampirkan semua hasil pemeriksaan yang dilakukan beserta hasil interpretasinya.

Please attached all medical test with the result of interpretation.

3. Apakah operasi telah dilakukan? Ya/Yes Tidak/No
Has any surgery been done?

Jika Ya, mohon beri tanda/If yes, please tick the necessary box below

- Craniotomy
 Pembedahan Aneurisma Otak/*Brain Aneurisma Surgery*
 Pemasangan Cerebral Shunt/*Cerebral Shunt Installation*
 Pembedahan *Endarterectomi* pada Arteri Karotid/*Carotid Endarterectomy*
 Tindakan lainnya, mohon jelaskan/*Other operations, please explain*

.....

4. Apakah terdapat bukti adanya defisit Neurologik yang permanen? Ya/Yes Tidak/No
Are there any evident of permanent neurologic deficits?

Sejak tanggal/*since* :

Mohon sebutkan bentuk defisit neurologis yang terjadi pada pasien :
Please state neurological deficit form that occurred on patient :

• **STROKE/Stroke**

1. Apakah kondisi yang diderita berupa Transient Ischaemic Attack?
Is this a Transient Ischaemic Attack? Ya/Yes Tidak/No

2. Apakah Stroke berlangsung lebih dari 24 jam?
Did the Stroke occur more than 24 hours? Ya/Yes Tidak/No

3. Mohon beri tanda pada kelainan yang terjadi pada jaringan otak :
Please indicate type of defects of the brain :

Infarct Emboli Haemorrhage Thrombosis

Lainnya, mohon jelaskan/*Others, please explains.*

• **KOMA/Coma**

1. Sejak kapan Pasien dalam kondisi koma?
When did the patient first experiece coma?

month/date/years

Sejak/*Since* :

month/date/years

Sampai dengan/*Until* :

2. Berapa lama (jam) Pasien berada dalam keadaan koma terus menerus? Jam
How long (hours) had the patient been continuously in a coma? Hours

3. Apakah selama kondisi koma Pasien menggunakan alat bantu kehidupan?
Did the patient use the life support equipment during coma?

Ya/Yes, mohon sebutkan/*please state* :

Tidak/No

• **EPILEPSI BERAT / *Severe Epilepsy***

1. Mohon sebutkan berapa kali serangan kejang yang terjadi dalam 1 minggu?
How many times the attack occurred in a week?

≤ 5 kali/*times*

> 5 kali/*times*

Jenis kejang/*type of seizure*.

Tonic Clonic or *Grand Mal seizure*

Petit Mal seizure

2. Mohon sebutkan obat kejang yang diminum.

Please mention the seizure medication has been taken.

Berapa lama penggunaan obat tersebut?

How long the drug used?

4. Mohon beri tanda pada hal-hal dimana terdapat ketidakmampuan total pada pasien untuk menjalaninya (dengan atau tanpa bantuan) secara terus menerus
Please tick in the boxes if there is/are reduction in patient's ability to perform (whether aided or unaided) for a continuous.

Mandi/*Bathing*

Berpakaian/*Dressing*

Beralih tempat/*Transferring*

Berpindah/*Mobility*

Buang air/*Toileting*

Menyuarap/*Feeding*

5. Sudah Berapa lama pasien tidak dapat melakukan aktifitas tersebut di atas?

How long the patient cannot do the activities? month/date/years

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua keterangan tersebut di atas adalah benar sejauh pengetahuan yang Saya miliki dan yakini.

I hereby declare that the foregoing answers are each and all true to the best of my knowledge and belief

N a m a
Name

Alamat dan Stempel Rumah Sakit
Address and Stamp of the Hospital

Spesialisasi
Specialization

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature