

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

- ☐ Serangan Jantung / *Heart Attack*
- ☐ Penyakit Pembuluh Darah Jantung lain yang serius/ *Coronary Artery Serious Disease*
- ☐ Tindakan Penggantian Katup Jantung/ *Heart Valve Replacement*
- ☐ Tindakan Bedah Pembuluh Darah Aorta/ *Aorta Surgery*
- ☐ Tindakan Bedah Bypass Pembuluh Darah Jantung / *Coronary Artery Bypass Grafting (CABG)*
- ☐ Angioplasti dan Penatalaksanaan Invasif lainnya untuk Penyakit Pembuluh Darah Jantung / *Balloon Angioplasty*
- ☐ Penyakit Kawasaki / *Kawasaki Disease*
- ☐ Kardiomiopati primer / *Primary Cardiomyopathy*
- ☐ Pembedahan Jantung Lainnya / *Other cardiac surgery*
- ☐ Kelainan Jantung Lainnya / *Other cardiac abnormalities*

Nama Pasien/*Patient's Name*

Tanggal Lahir/*Date of Birth*

No. Rekam Medis/*Medical Record Number*

Dokter yang terhormat,
Dear Doctor,

Nama tersebut di atas adalah **Peserta** PT Prudential Sharia Life Assurance atas manfaat yang berkaitan dengan salah satu Kondisi Kritis. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kerjasama Dokter untuk melengkapi formulir ini.

The name above is insured with PT Prudential Sharia Life Assurance. Therefore, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form.

Terima kasih atas kerjasamanya.
Thank you.

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 ?

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

2. Mohon sebutkan Diagnosis Anda secara rinci
Please give us your detailed diagnosis

- Kapan diagnosis ini pertama kali ditegakkan?
When the diseases was first diagnosed?

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

3. Apakah gejala/ keluhannya yang ada?
What were the patient's main symptoms/complaints?

--

- Sejak kapan gejala dan keluhan dirasakan?
When the main symptoms/complaints first accured?

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

4. Apakah pasien pernah mengalami gejala/keluhan/penyakit yang berhubungan dengan diagnosis saat ini? Mohon jelaskan secara rinci mengenai gejala/keluhan/penyakit tersebut dan tanggal pertama kali dirasakan/didiagnosis.
Had the patient previously experienced any symptoms/complaints/diseases related to the current diagnosis? Please describe in detail about the symptoms/complaints/diseases and the date when it was occurred/ diagnosed.

Tanggal Date	Gejala/Keluhan/Penyakit Symptoms/ Complaints/ Disease

5. Mohon jelaskan hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan.

Please describe the results of physical examination.

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

6. Mohon jelaskan hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan.

Please describe the results of medical tests.

Tanggal <i>Date</i>	Hasil Pemeriksaan Penunjang* <i>Medical Test Result*</i>

*Mohon lampirkan semua hasil pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan.

**Please attach all medical test results.*

7. Mohon jelaskan tindakan medis dan pengobatan yang telah diberikan beserta tujuannya.

Please describe any therapy and medical procedure which already given and the aim of such therapy/ procedure

Tanggal <i>Date</i>	Tindakan medis/Pengobatan <i>Medical procedure/Therapy</i>	Tujuan <i>Purpose</i>

8. Apakah penyebab penyakit ini termasuk cacat bawaan?

Is current condition caused by congenital factors?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

9. Jika bukan karena kongenital, mohon jelaskan penyebab, faktor resiko, zat yang mengkontaminasi atau hal lain yang mempermudah timbulnya penyakit ini.
Please describe cause, risk factors, any presence of contamination, or other diseases which precipitate this disease

Penyebab dan faktor resiko <i>Causes and risk factors</i>	Sejak kapan <i>First detected</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

10. Apakah penyebab penyakit diakibatkan oleh HIV?
Is current condition caused by HIV?

☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*

11. Apakah penyebab penyakit karena penyalahgunaan alkohol?
Is current condition caused by alcohol abused?

☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*

12. Mohon berikan nama dan alamat dokter/ spesialis/ rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien sebelumnya. *Please give us the name and address of general practitioner/ specialists/ hospitals visited by the patient before he/she was under your treatment.*

--

B. RINCIAN MEDIS / *MEDICAL DETAILS*

1. Apakah terdapat riwayat sakit dada yang khas yang mengarah pada serangan jantung?
Is there any history of typical chest pain of heart attack?

☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*

2. Apakah terdapat kondisi Aritmia Jantung pada pasien?
Does patient have arrhythmia?

☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*

3. Apakah ada kelainan pada pemeriksaan EKG yang menandakan miokardial infark akut?
Are there any abnormalities on the ECG indicating acute myocardial infarction ?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

Tanggal pemeriksaan/Date

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

Kelainan EKG berupa / *ECG abnormalities are*

--

4. Apakah ada nilai fraksi ejeksi ventrikel kiri di bawah 50 %?
Is the Left Ventricle Ejection Fraction less than 50 %?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

Tanggal pemeriksaan/Date

--

5. Apakah dilakukan pemeriksaan enzim jantung?
Was cardiac enzyme test performed?

☐

Ya, mohon jelaskan hasilnya
Yes, please explain the result

--

☐

Tidak, mohon jelaskan alasannya
No, please explain the reason

--

6. Jika terdapat sumbatan pada pembuluh darah berikut, mohon beri tanda
If there are occlusions to the following blood vessels, please tick necessary box:

☐

Left Main Coronary Artery :
sumbatan/occlusion %

☐

Left Anterior Descending Artery :
sumbatan/occlusion %

☐

Circumflex Artery :
sumbatan/occlusion %

☐

Right Coronary Artery :
sumbatan/occlusion %

7. Apakah pembuluh darah yang menyempit merupakan cabang dari arteri koroner?
Is the occluded blood vessel belong to main branch of coronary artery?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

Mohon melampirkan hasil angiografi yang menandakan sumbatan di atas.

Please attached angiography result to confirm the occlusion

8. Apakah telah dilakukan operasi jantung terbuka melalui metode torakotomi/sternotomi?
Has open-heart surgery using thoracotomy/sternotomy method been performed?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

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

- ☐ Operasi jantung terbuka untuk perbaikan fungsi katup / *Open Heart Valve Surgery*
- ☐ *Coronary Artery Bypass Graft (CABG)*
- ☐ Operasi torakotomi pada Aorta / *Aorta Surgery via thoracotomy*
- ☐ *Transmyocardial Laser Revascularisation*
- ☐ *Pericardectomy*
- ☐ Penggantian katup aorta / *Aorta Valve Replacement*
- ☐ Penggantian katup mitral / *Mitral Valve Replacement*
- ☐ Penggantian katup pada paru / *Pulmonary Valve Replacement*
- ☐ Penggantian katup *tricuspid* / *Tricuspid Valve Replacement*
- ☐ Perbaikan katup jantung / *Heart Valve Repair*
- ☐ Tindakan lainnya, mohon jelaskan / *Other operations, please explain*

Jika **Tidak**, mohon beri tanda / *If no, please tick the necessary box below*

- ☐ Pemasangan alat Pacu Jantung / *Installation of pace maker*
- ☐ *Balloon angioplasty/PCI/STENT/PTCA*
- ☐ Pemasangan Defibrilator Jantung / *Installation Cardiac Defibrillator*
- ☐ *Keyhole Coronary Bypass*
- ☐ *Coronary Artery Arthrectomy*
- ☐ Pembedahan Katup *Percutaneous*, seperti *valvuloplasty* dan *valvotomy* / *Percutaneous valve surgery, like valvuloplasty and valvotomy*
- ☐ Pemasangan alat *Enhaced External Counterpulsation (EECP)* / *Installation of EECP*
- ☐ *Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA)*
- ☐ Tindakan lainnya, mohon jelaskan / *Other operations, please explain*

9. Jika belum dilakukan CABG, apakah Dokter merekomendasikan untuk dilakukan CABG?
If CABG has not been performed, do you recommend this patient to perform CABG ?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

10. **Khusus Kardiomiopati**, Mohon sebutkan dengan rinci gejala/keluhan yang dialami pasien yang menandakan terjadinya Kardiomiopati.

For Cardiomyopathy, Please mention the detail of symptoms/complaints of cardiomyopathy.

Dengan menggunakan penggolongan dari *The New York Heart Association Functional Classification*, termasuk dalam kategori kelas berapakah pasien tersebut di atas?

According to The New York Heart Association Functional Classification, what class that the patient includes in?

Jika terdapat Kardiomiopati, apakah berhubungan dengan penyalahgunaan alkohol?

Is cardiomyopathy associated with alcohol abuse?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

Apakah kardiomiopati yang terjadi termasuk dalam kardiomiopati primer (idiopatik)?

Is cardiomyopathy classified as primary cardiomyopathy (idiopathic)?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

Jika Ya, apakah kardiomiopati primer yang dialami pasien sudah menyebabkan gangguan fungsi ventrikel?

If Yes, Is primary cardiomyopathy is already causing disturbances ventricular function?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

11. **Khusus Endokarditis Infektif**, apakah terdapat ketidakmampuan katup jantung sedang (fraksi regurgitasi 20% atau lebih)?

For Infective Endocarditis, is there any inability of heart valve (regurgitation fraction 20% or more)?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

Apakah terdapat stenosis katup jantung sedang?

Is there any mild stenosis of heart valve?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

Apakah sudah dilakukan pemeriksaan kultur darah?

Has blood culture test have been done?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

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

Nama Dokter
Name of Doctor

Alamat dan Stempel Rumah Sakit
Address and Stamp of the Hospital

Spesialisasi
Specialisation

Tanggal
Date

Tanda Tangan
Signature