

FORMULIR CRITICAL ILLNESS (Diisi oleh Dokter)

Nama Pasien : _____

Tempat Tanggal Lahir : _____ - -

Jenis Kelamin : Laki-Laki Perempuan

Alamat : Jalan _____ Rt/Rw _____ / _____ No: _____
Kecamatan _____ Kelurahan _____
Kota/Kabupaten _____ Telepon _____

Pekerjaan : _____

No Rekam Medis : _____

Tanggal Masuk Rumah Sakit (RS) : - - Tgl Keluar RS - -

DAFTAR PENYAKIT CRITICAL ILLNESS

Klaim yang diajukan untuk penyakit dibawah ini

(mohon berikan tanda (✓) pada kolom yang sesuai dengan kondisi penyakit kritis dan mengisi pertanyaan dengan lengkap sesuai penyakit kritis yang dipilih)

1 Serangan Jantung	<input type="checkbox"/>	18 Penyakit Parkinson	<input type="checkbox"/>
2 Stroke	<input type="checkbox"/>	19 Anemia Aplastik	<input type="checkbox"/>
3 Kanker	<input type="checkbox"/>	20 Distrofi Otot	<input type="checkbox"/>
4 Gagal Ginjal	<input type="checkbox"/>	21 Meningitis Bakteri	<input type="checkbox"/>
5 Kelumpuhan	<input type="checkbox"/>	22 Tumor Otak Jinak	<input type="checkbox"/>
6 Pencangkakan Organ	<input type="checkbox"/>	23 Radang Otak	<input type="checkbox"/>
7 Multiple Sklerosis	<input type="checkbox"/>	24 Cardiomyopathy	<input type="checkbox"/>
8 Hepatitis Virus Fulminan	<input type="checkbox"/>	25 Polio	<input type="checkbox"/>
9 Hipertensi Arteri Pulmoner	<input type="checkbox"/>	26 Bedah Aorta	<input type="checkbox"/>
10 Kehilangan Kemampuan Melihat	<input type="checkbox"/>	27 Penyakit Hati Kronis	<input type="checkbox"/>
11 Penyakit Alzheimer	<input type="checkbox"/>	28 Penyakit Paru Kronis	<input type="checkbox"/>
12 Koma	<input type="checkbox"/>	29 Penyakit Pembuluh Koroner	<input type="checkbox"/>
13 Kehilangan Kemampuan Berbicara	<input type="checkbox"/>	30 Hydrocephallus	<input type="checkbox"/>
14 Kehilangan Kemampuan Mendengar	<input type="checkbox"/>	31 Operasi Katup Jantung	<input type="checkbox"/>
15 Luka Bakar Major	<input type="checkbox"/>	32 Trauma Kepala Berat	<input type="checkbox"/>
16 Terminal Illness	<input type="checkbox"/>	33 Penyakit Crohn	<input type="checkbox"/>
17 Penyakit Motor Neuron	<input type="checkbox"/>	34 Lupus Eritematosus Sistemik	<input type="checkbox"/>

INFORMASI UMUM

- 1 Sejak kapan pertama kali bertanggung konsultasi untuk penyakit ini
(sesuai dengan yang tercatat dimedical record) - -
- 2 Gejala dan keluhan apa yang disampaikan oleh pasien

- 3 Sejak kapan bertanggung menderita gejala dan keluhan - -
- 4 a. Diagnosa utama

- b. Diagnosa tambahan

- 5 Apakah pasien pernah mempunyai kondisi sama atau mirip seperti pada poin 2?
(jika YA, kapan dan jelaskan) - -
- _____

INFORMASI PENYAKIT CRITICAL ILLNESS

1 Serangan Jantung

a Apakah diagnosa penyakitnya

b Apakah didukung oleh kriteria sebagai berikut

1. Riwayat nyeri dada yang khas dan berkepanjangan
2. Perubahan EKG yang mengindikasikan adanya MCI yang baru terjadi
3. Adanya peningkatan kadar Enzim Jantung (CK-MB/Troponin T atau I)
4. Adanya gelombang Q Persisten pada gambaran EKG
5. Fraksi Ejeksi menetap kurang dari 30% dalam waktu 30 hari setelah serangan (dari hasil Echo) dan gangguan fisik menetap minimal kelas 4 NYHA

<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK

c Apakah telah menjalani pemasangan alat pacu jantung permanen

<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK

d Apakah telah menjalani Pericardiectomy

e Apakah memenuhi kriteria Kardiomiopati yang mengakibatkan gangguan fisik menetap minimal kelas 3 NYHA

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

2 Stroke

a Apakah diagnosa penyakitnya

b Apakah menimbulkan gejala sisa menetap, sedikitnya 45 hari setelah kejadian

c Apakah menimbulkan Defisit Neurologis Iskemik yang sementara

d Apakah termasuk Transient Ischaemic Attack (TIA)

e Apakah termasuk Iskemik Vertebrobasilar / akibat Migrain

f Apakah termasuk cedera pada Cerebral yang disebabkan Trauma / Hipoksia dan Penyakit Pembuluh Darah yang berakibat pada mata/saraf mata/ vestibular

g Apakah telah menjalani bedah perbaikan Aneurisma Intrakranial / pengangkatan Malformasi Arterioven

h Apakah telah menjalani bedah pemasangan Shunt pada Ventrikel Otak untuk menurunkan tekanan Cairan Serebrospinal

i Apakah diagnosa tersebut diatas mengakibatkan ketidakmampuan untuk melakukan 2 atau lebih kegiatan sehari hari

<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK

<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK

<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
--------------------------	----	--------------------------	-------

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

3 Kanker

a Apakah diagnosa penyakitnya

b Termasuk dalam Stadium berapa

c Apakah ada penyebaran ke jaringan sekitarnya

<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
--------------------------	----	--------------------------	-------

d Apakah hasil pemeriksaan Histopatologinya

e Apakah termasuk Ca in-situ : Payudara, Rahim, Indung Telur, Tuba Falopi, Vulva, Vagina, Cervix Uteri, Usus Besar, Ractum, Penis, Testis, Paru-paru, Hati, Lambung, Nasofaring

<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
--------------------------	----	--------------------------	-------

f Apakah termasuk CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia) I, II, III?

<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
--------------------------	----	--------------------------	-------

g Apakah diagnosa tersebut timbul akibat infeksi HIV?

<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
--------------------------	----	--------------------------	-------

Diisi hanya jika diagnosa adalah Kanker pada Kulit, Prostat, Tiroid, Kandung Kemih, atau Leukemia Limfositik Kronis (LLK)

h Untuk semua Kanker Kulit, termasuk Melanoma Malignant, apakah lesinya kurang dari 1,5 mm ketebalan Breslow atau kurang dari stadium 3 skala Clark

<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
--------------------------	----	--------------------------	-------

i Untuk Kanker Prostat, Tiroid dan Kandung Kemih, apakah secara Histologis Tumor diklasifikasikan T1N0M0 Klasifikasi TNM

<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
--------------------------	----	--------------------------	-------

j Untuk Leukemia Limfositik Kronis, apakah diklasifikasikan kurang dari stadium 3 RAI

<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
--------------------------	----	--------------------------	-------

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

4 Gagal Ginjal

a Apakah diagnosa penyakitnya

- b Apakah termasuk Gagal Ginjal stadium akhir
c Apakah meliputi kedua ginjal
d Apakah memerlukan hemodialisa secara menetap
e Apakah memerlukan Transplantasi Ginjal
f Apakah dilakukan pengangkatan 1 (satu) ginjal secara utuh

<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

5 Kelumpuhan

a Apakah diagnosa penyakitnya

- b Apakah terjadi kehilangan fungsi dari salah satu anggota gerak secara menyeluruh dan menetap yang berlangsung selama minimal 6 bulan dari sejak terjadinya penyakit/cedera
c Apakah terjadi kehilangan fungsi ke-2 lengan /tungkai /1 lengan dan 1 tungkai secara menyeluruh dan menetap yang berlangsung selama minimal 6 bulan dari sejak terjadinya penyakit/cedera
d Apakah terjadi kehilangan fungsi dari ke 4 anggota gerak secara menyeluruh dan menetap yang berlangsung selama minimal 6 bulan dari sejak terjadinya penyakit/cedera
e Apakah penyakit ini diakibatkan oleh tindakan mencelakai diri sendiri

<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

6 Pencangkokan Organ

a Apakah diagnosa penyakitnya

- b Apakah sebagai penerima Transplantasi setidaknya 1 meter usus halus
c Apakah sebagai penerima Transplantasi jantung dan paru sekaligus
d Apakah sebagai penerima Transplantasi sumsum tulang manusia
e Apakah sebagai penerima Transplantasi : jantung/paru/hati/ginjal/pankreas
f Apakah sebagai penerima Transplantasi dari stem cell lain/ organ lain

<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

7 Multiple Sklerosis

a Apakah diagnosa penyakitnya

- b Apakah diagnosa meliputi kondisi sebagai berikut
1. Gejala yang dapat dijadikan acuan untuk Jaras (White Matter) yang melibatkan saraf optik, batang otak, dan menghasilkan Defisit Neurologis
2. Lesi - lesi yang beragam / berlainan
3. Dokumentasi riwayat kekambuhan dan remisi dari gejala dan defisit neurologis

<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

8 Hepatitis Virus Fulminan

a Apakah diagnosa penyakitnya

- b Apakah masih merupakan proses Nekrosis Sub Masif hati oleh virus Hepatitis, yang menyebabkan kegagalan hati
c Apakah hanya termasuk infeksi Hepatitis B atau Carrier
d Apakah diagnosa didukung dengan hal berikut ini
1. Nekrosis pada seluruh Lobulus
2. Penurunan enzim hati yang cepat
3. Ikterus berat
4. Hepatic Encephalopathy

<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

9 Hipertensi Arteri Pulmoner

a Apakah diagnosa penyakitnya

- b Apakah termasuk Hipertensi Arteri Pulmonal Primer dengan disertai adanya pembesaran Ventrikel kanan yang mengakibatkan gangguan fisik menetap kelas 3 NYHA YA TIDAK
- c Apakah termasuk Hipertensi Arteri Pulmonal Sekunder dengan disertai adanya pembesaran Ventrikel kanan yang mengakibatkan gangguan fisik menetap kelas 3 NYHA YA TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

10 Kehilangan Kemampuan Melihat

a Apakah diagnosa penyakitnya

- b Apakah terjadi kehilangan fungsi penglihatan 1 mata secara total dan menetap akibat penyakit YA TIDAK
- c Apakah terjadi kehilangan fungsi penglihatan 2 mata secara total dan menetap akibat penyakit YA TIDAK
- d Apakah penyakit ini diakibatkan oleh penggunaan alkohol / penyalahgunaan obat YA TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

11 Penyakit Alzheimer

a Apakah diagnosa penyakitnya

- b Apakah termasuk penurunan / hilangnya kapasitas intelektual / perilaku abnormal yang dibuktikan sesuai untuk penyakit Alzheimer YA TIDAK
- c Apakah termasuk gangguan Degeneratif otak organik yang tidak dapat dipulihkan yang mengakibatkan penurunan mental dan fungsi sosial secara bermakna YA TIDAK
- d Apakah termasuk gangguan otak non organik seperti Neurosis dan penyakit kejiwaan dan kerusakan otak yang disebabkan obat-obatan / alkohol YA TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

12 Koma

a Apakah diagnosa penyakitnya

- b Apakah tidak ada respon terhadap rangsangan dari luar untuk sedikitnya 96 jam YA TIDAK
- c Apakah diperlukan alat bantu hidup untuk mempertahankan kehidupan YA TIDAK
- d Apakah ada kerusakan otak yang mengakibatkan Defisit Saraf menetap YA TIDAK
- e Apakah penyakit ini diakibatkan oleh tindakan melukai diri sendiri, alkohol, penyalahgunaan obat-obatan, pengobatan lainnya YA TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

13 Kehilangan Kemampuan Berbicara

a Apakah diagnosa penyakitnya

- b Apakah termasuk kehilangan kemampuan berbicara secara menyeluruh dan tidak dapat dipulihkan selama periode 12 bulan terus-menerus YA TIDAK
- c Apakah ada bukti cedera atau penyakit pada pita suara YA TIDAK
- d Apakah berkaitan dengan kejiwaan YA TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

14 Kehilangan Kemampuan Mendengar

a Apakah diagnosa penyakitnya

b Apakah terjadi kehilangan fungsi pendengaran 2 telinga secara menetap setidaknya 60 DB
c Apakah terjadi kehilangan fungsi pendengaran 2 telinga secara menetap setidaknya 80 DB

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

15 Luka Bakar Major

a Apakah diagnosa penyakitnya

b Apakah termasuk luka bakar derajat 2 yang mencakup setidaknya 20% permukaan tubuh
c Apakah termasuk luka bakar derajat 3 (sebagian ketebalan kulit) yang mencakup setidaknya 50% permukaan tubuh
d Apakah termasuk luka bakar derajat 3 (seluruh lapisan kulit) yang mencakup setidaknya 20% permukaan tubuh
e Apakah cedera ini diakibatkan oleh tindakan melukai diri sendiri

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

16 Terminal Illness

a Apakah diagnosa penyakitnya

b Termasuk dalam Stadium berapa

c Apakah Diagnosa tersebut timbul akibat infeksi HIV
d Apakah diagnosa tersebut diatas merupakan Terminal Illnes
e Menurut perkiraan medis berdasarkan diagnosa diatas apakah harapan hidup peserta kurang dari 180 hari

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

17 Penyakit Motor Neuron

a Apakah diagnosa penyakitnya

b Apakah termasuk Degenerasi yang progresif dari Jaras Kortikospinal dan Sel Kornu Anterior atau Serabut Saraf Efferren Bulbar
c Apakah terjadi Defisit Neurologi yang menetap

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK

(MOHON UNLUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

18 Penyakit Parkinson

a Apakah diagnosa penyakitnya

b Apakah tidak dapat dikontrol dengan pengobatan
c Apakah menunjukkan tanda tanda gangguan yang progresif
d Apakah menyebabkan tidak dapat melakukan setidaknya 2 kegiatan sehari hari
e Apakah menyebabkan tidak dapat melakukan setidaknya 3 kegiatan sehari hari
f Apakah penyakit ini diakibatkan oleh penggunaan obat

<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

19 Anemia Aplastik

a Apakah diagnosa penyakitnya

b Apakah termasuk kegagalan sumsum tulang menetap yang mengakibatkan Anemia, Netropenia dan Trombocytopenia

YA TIDAK

c Apakah memerlukan perawatan karena

1. Transfusi produk darah
2. Marrow Stimulating Agents
3. Immunosuppressive Agents
4. Transplantasi Sumsum Tulang

YA TIDAK
 YA TIDAK
 YA TIDAK
 YA TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

20 Distrofi Otot

a Apakah diagnosa penyakitnya

b Apakah diagnosa meliputi kondisi sebagai berikut

1. Adanya individu lain yang terkena penyakit didalam riwayat keluarga
2. Tanda klinis termasuk adanya kehilangan Gangguan Sensorik, Cairan Serebrospinal Normal dan Penurunan Refleks Tendon ringan
3. Karakteristik Elektromiogram
4. Kecurigaan klinis yang dikonfirmasi dengan Biopsi Otot

YA TIDAK
 YA TIDAK
 YA TIDAK
 YA TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

21 Meningitis Bakteri

a Apakah diagnosa penyakitnya

b Apakah diagnosa tersebut menyebabkan Defisit Neurologis menetap

YA TIDAK

c Apakah dibuktikan dengan adanya infeksi bakteri dalam Cairan Serebrospinal melalui Pungsi Lumbar

YA TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

22 Tumor Otak Jinak

a Apakah diagnosa penyakitnya

b Apakah telah menjalani pengangkatan Tumor Pituitari

YA TIDAK

c Apakah termasuk Tumor di otak/selaput otak yang mengancam jiwa sehingga menimbulkan tanda tanda peningkatan Tekanan Intrakranial

YA TIDAK

d Apakah termasuk: Kista/Granuloma/Malformasi/didalam pembuluh darah otak/Hematoma/Tumor Pituitari/Tumor Saraf Akustik

YA TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

23 Radang Otak

a Apakah diagnosa penyakitnya

b Apakah terjadi peradangan berat pada otak, Defisit Neurologis menetap minimal 30 hari

YA TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

24 Cardiomyopathy

a Apakah diagnosa penyakitnya

b Apakah didukung sebagai kriteria sebagai berikut :

1. Adanya hasil pemeriksaan foto Thorax, EKG, Ekokardiografi yang mengindikasikan adanya penyakit tersebut
2. Apakah memenuhi kriteria Kardiomiopati yang mengakibatkan gangguan fisik menetap minimal kelas 3 NYHA

YA TIDAK
 YA TIDAK

c Apakah telah dilakukan therapy untuk kondisi tersebut

YA TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

25 Polio

a Apakah diagnosa penyakitnya

b Apakah ditemukan keadaan sebagai berikut

1. Virus polio diidentifikasi sebagai penyebab
2. Paralisis dari otot anggota gerak/pernafasan dan menetap setidaknya selama 3 bulan
3. Karakteristik Elektromiogram

YA TIDAK
 YA TIDAK
 YA TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

26 Bedah Aorta

a Apakah diagnosa penyakitnya

- b Apakah dilakukan operasi melalui prosedur minimal Invasif / Intra Arterial untuk mengganti / memperbaiki katup jantung
- c Apakah dilakukan operasi jantung terbuka untuk mengganti / memperbaiki katup jantung

YA TIDAK
 YA TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

27 Penyakit Hati Kronis

a Apakah Diagnosa Penyakitnya

- b Apakah dilakukan Hepatectomy setidaknya 1 lobus hati
- c Apakah termasuk Gagal Hati stadium akhir
- d Apakah ada Ikterus yang menetap
- e Apakah ada Ascites
- f Apakah ada Hepatik Ensefalopati

YA TIDAK
 YA TIDAK
 YA TIDAK
 YA TIDAK
 YA TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

28 Penyakit Paru Kronis

a Apakah diagnosa penyakitnya

- b Apakah termasuk penyakit paru stadium akhir
- c Apakah hasil analisis gas darah tekanan O2 parsial $\leq 55\text{ mmHg}$
- d Apakah ada sesak nafas pada saat istirahat
- e Apakah ada Hepatik Ensefalopati
- f Apakah dilakukan pengangkatan 1 paru secara menyeluruh

YA TIDAK
 YA TIDAK
 YA TIDAK
 YA TIDAK
 YA TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

29 Penyakit Pembuluh Koroner

a Apakah diagnosa penyakitnya

b Pembuluh nadi mana saja yang mengalami penyempitan dan berapa persen (%) penyempitannya

c Apakah dilakukan tindakan Angioplasty untuk pertama kalinya / pemotongan arteri / bedah laser / pemasangan Stent (ring) / Coronary Artery By-Pass Surgery

YA TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

30 Hydrocephallus

a Apakah diagnosa penyakitnya

d Apakah penyebab kondisi tersebut diatas disebabkan oleh penyakit

YA TIDAK

e Apakah penyebab kondisi tersebut diatas disebabkan oleh kecelakaan

YA TIDAK

f Apakah kondisi tersebut memerlukan tindakan operasi "Shunt"

YA TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

31 Operasi Katup Jantung

a Apakah diagnosa penyakitnya

b Apakah dilakukan operasi melalui prosedur minimal Invasif / Intra Arterial untuk mengganti / memperbaiki katup jantung

YA TIDAK

c Apakah dilakukan operasi jantung terbuka untuk mengganti / memperbaiki katup jantung

YA TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

32 Trauma Kepala Berat

a Apakah diagnosa penyakitnya

b Apakah terjadi gangguan fungsi secara menetap yang berlangsung setidaknya 3 bulan sejak terjadinya cedera

YA TIDAK

c Apakah menyebabkan tidak dapat melakukan setidaknya 3 kegiatan sehari hari

YA TIDAK

d Apakah telah menjalani operasi Burr Hole

YA TIDAK

e Apakah menjalani rekonstruksi pada bagian atas leher

YA TIDAK

f Apakah menjalani perawatan yang berhubungan dengan gigi

YA TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

33 Penyakit Crohn

a Apakah diagnosa penyakitnya

b Apakah memenuhi kriteria

1 Apakah penyakit Crohn yang diderita sudah menimbulkan pembentukan Fistula

YA TIDAK

2 Apakah penyakit Crohn yang diderita sudah menimbulkan Obstruksi Intestinal

YA TIDAK

3 Apakah penyakit Crohn yang diderita sudah menimbulkan Perforasi Intestinal

YA TIDAK

4 Apakah dilakukan pemeriksaan Histopatologik

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

34 Lupus Eritematosus Sistemik

a Apakah diagnosa penyakitnya

b. Apakah memenuhi kriteria

- 1 Apakah termasuk pada Lupus Eritematosus Nefritis kelas II
- 2 Apakah termasuk pada Lupus Eritematosus Nefritis kelas III-V
- 3 Apakah termasuk Discoid Lupus yang hanya mempengaruhi System Hematologi dan Sendi

<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK

(MOHON UNTUK MELAMPIRKAN SEMUA HASIL PEMERIKSAAN YANG DILAKUKAN)

Saya, sebagai Dokter yang menangani pasien tersebut di atas menyatakan telah membaca dan menjawab pertanyaan-pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter :

Nama Rumah Sakit :

Alamat Rumah Sakit :

Tanggal,

Tandatangan & Nama Dokter/ SIP Dokter
(Beserta Cap Rumah Sakit)

Keterangan Tambahan :

Mohon diberikan nama dan alamat Dokter / Spesialis / Rumah Sakit yang pernah dikunjungi oleh Pasien sebelum Pasien menjadi pasien Dokter

- Nama :

- Alamat :

Mohon diberikan nama dan alamat Dokter / Spesialis / Rumah Sakit yang Dokter rujuk untuk perawatan Pasien selanjutnya

- Nama :

- Alamat :

Jika ada mohon diberikan informasi lainnya yang menurut Dokter yang dapat membantu Bagian Klaim kami untuk memproses klaim ini (dibuat lembar tersendiri sebagai keterangan tambahan)