

## SURAT KETERANGAN DOKTER

- ✓ Diisi oleh dokter yang merawat/mengobati
- ✓ Harap diisi dengan menggunakan huruf cetak
- ✓ Beri tanda "√" yang sesuai dengan kondisi penyakit :

- Kanker/Cancer  
 Tumor Jinak Otak/*Benign Brain Tumor*

### INFORMASI UMUM

1. Nama Pasien/Tertanggung : \_\_\_\_\_
2. Tanggal Lahir : \_\_\_\_\_ No. Rekam Medis : \_\_\_\_\_
3. Kapan pertama kali Pasien berkonsultasi dengan Dokter untuk penyakit ini? \_\_\_\_ (tgl), \_\_\_\_ (bln), \_\_\_\_ (thn)
4. Mohon sebutkan diagnosanya:

---



---

5. Kapan diagnosa penyakit ini ditegakkan? \_\_\_\_ (tgl), \_\_\_\_ (bln), \_\_\_\_ (thn)
6. Mohon jelaskan keluhan/gejala secara terperinci:

---



---

7. Sejak kapan gejala dan keluhan tersebut? \_\_\_\_ (tgl), \_\_\_\_ (bln), \_\_\_\_ (thn)
8. Mohon jelaskan hasil dan kelainan dari pemeriksaan fisik yang dilakukan:

---



---

9. Tindakan medis, pengobatan dan saran apa yang telah diberikan dan mohon jelaskan tujuannya

Tanggal	Bulan	Tahun	Jenis Tindakan Medis/Pengobatan/Saran	Tujuan

10. Apakah penyebab penyakit ini termasuk:
 

<input type="checkbox"/> Cacat Bawaan	<input type="checkbox"/> Merokok
<input type="checkbox"/> Penyalahgunaan Alkool	<input type="checkbox"/> <i>Human Immunodeficiency Virus</i>

11. Bagaimana Prognosis pada pasien ini?

---



---

12. Mohon berikan nama dan alamat Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi oleh Pasien sebelumnya:

---



---

13. Mohon jelaskan secara detail dan lampirkan semua hasil pemeriksaan atau tes dari Rumah Sakit Berhubungan

dengan keadaan/penyakit Pasien:

---



---

14. Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) jika ada, yang meningkatkan resiko penyakit? Jika "Ada", mohon dijelaskan:

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

15. Apakah sebelumnya pasien pernah menjalani rawat jalan? Jika pernah, mohon dijelaskan:

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

16. Apakah sebelumnya Pasien pernah menjalani rawat inap? Jika pernah, mohon dijelaskan:

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

17. Apakah ada *history* Kanker atau Tumor dalam keluarga?  Ya  Tidak

18. Jika ada, apa diagnosisnya?

---

### RINCIAN MEDIS

19. Untuk Kanker: Apakah termasuk Kanker In Situ?  Ya  Tidak

20. Mohon jelaskan TNM Staging-nya:

- |  |  |
|--|--|
| a. Apakah lokasi kanker tersebut hanya 1 bagian? | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |
| b. Apakah invasi terjadi pada organ lain?        | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |
| c. Apakah ada invasi ke kelenjar getah bening?   | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |
| d. Apakah terjadi <i>Metastase</i> ?             | <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |

Jika sudah *Mestastase*, sudah ke organ mana?

---

21. Mohon diberi tanda jika kelainnya berupa:

- |                                    |                                     |   |  |
|------------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cyst      | <input type="checkbox"/> Haematoma  | <input type="checkbox"/> Angioma          | <input type="checkbox"/> Tumor Kelenjar <i>Pituitary</i> |
| <input type="checkbox"/> Granuloma | <input type="checkbox"/> Pengapuran | <input type="checkbox"/> Malformasi Dalam | <input type="checkbox"/> Tumor Sumsum Tulang Belakang    |
| <input type="checkbox"/> Abscess   | <input type="checkbox"/> Meningioma | <input type="checkbox"/> Neuroma Akustik  |  |

22. Apakah diagnosis ini dikategorikan sebagai Leukimia?

23. Jika "Ya", mohon jelaskan stadium dan jenis Leukimia:

---

24. Jika termasuk *Melanocarcinoma*, tolong jelaskan ukuran kalsifikasi breslow atau invasi dari *melanoma*:

---

25. Metode pengobatan apa yang dilakukan untuk diagnosa diatas? (operasi, kemoterapi, radiotherapy atau yang lain)

---

26. Apakah operasi telah dilakukan?  Ya  Tidak

27. Jika "Ya", mohon beri tanda:

Pengangkatan tumor jinak

Pembedahan Radikal

Pengangkatan *Burr Hole*

Tindakan lainnya, jelaskan:

---

28. Mohon tuliskan informasi lainnya yang menurut Dokter dapat membantu kami untuk memproses klaim ini:

---

---

#### PERIODE PERAWATAN RUMAH SAKIT

29. Tanggal Masuk : \_\_\_ (tgl), \_\_\_ (bln), \_\_\_ (thn), Jam: \_\_\_ : \_\_\_

30. Tanggal Keluar : \_\_\_ (tgl), \_\_\_ (bln), \_\_\_ (thn), Jam: \_\_\_ : \_\_\_

#### PERNYATAAN DOKTER

Saya Dokter yang merawat pasien tersebut, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut diatas adalah lengkap dan benar sejauh pengetahuan yang saya miliki dan yakini.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_ , \_\_\_ / \_\_\_ / 20 \_\_\_

**Nama Dokter serta Stempel RS**

Tanda Tangan & Nama Jelas  
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)