

## FORMULIR KETERANGAN DOKTER TENTANG PENYAKIT JANTUNG /PHYSICIAN'S STATEMENT FORM OF HEART DISEASE

- Mohon mengisi dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak, jelas dan memberi tanda / pada kotak jawaban yang sesuai.  
*Please fill in the form using a black pen in capital letters and the writing must not come out of the box, clearly and put a tick mark in the appropriate answer box.*
- Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Dokter di sebelahnya.  
*If there is a writing error, do not erase it but cross it out and add the Physician's signature next to it.*

### I. DATA PASIEN/PATIENT DATA

Nama Lengkap/ Full Name	:	<input type="text"/>	No. Polis/ Policy No.	:	<input type="text"/>
Tanggal Lahir/ Date of Birth	:	<input type="text"/>	No. Peserta/ Member ID.	:	<input type="text"/>
Jenis Kelamin/ Gender	:	<input type="checkbox"/> Laki-laki/ Male <input type="checkbox"/> Perempuan/ Female	No. Rekam Medis/ Medical Record No.	:	<input type="text"/>

### II. DATA DOKTER/PHYSICIAN DATA

Nama Lengkap/ Full Name	:	<input type="text"/>
No. HP/HP No.	:	<input type="text"/>
Nama Rumah Sakit/ Hospital Name	:	<input type="text"/>
Alamat Rumah Sakit/ Hospital Address	:	<input type="text"/>

### III. PERTANYAAN KESEHATAN/HEALTH QUESTIONS

Jika kolom penjelasan tidak mencukupi, mohon jawaban ditulis dibalik formulir atau dilampirkan pada sehelai kertas.  
*If the explanation column is not sufficient, please write the answer on the back of the form or attach a piece of paper.*

- Sejak kapan Tertanggung berkonsultasi dengan Dokter?  
*Since when have you been the medical attendant of the Life Assured?*
- Berdasarkan anamnesa, apakah pasien pernah menderita penyakit / gejala lain yang berhubungan dengan keadaan saat ini? Mohon jelaskan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita?  
*Based on anamnesis has the patient previously suffered from the symptom above or any related disease? Please give explanation about the disease / symptoms and since when was it detected?*

Pertama kali terdeteksi first detected	Gejala - Penyakit Symptom - Disease
dd/mm/yyyy	

- Mohon sebutkan faktor risiko penyakit jantung yang pernah diderita oleh pasien dan sejak kapan mulai diderita pasien? *Please provide the risk factors for heart disease that the patient has suffered from and the date of onset?*

Hipertensi / Hypertension	<input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No	Tanggal mulai diderita / date on set	<input type="text"/>
Diabetes Mellitus / Diabetic	<input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No	Tanggal mulai diderita / date on set	<input type="text"/>
Hyperlipidemia	<input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No	Tanggal mulai diderita / date on set	<input type="text"/>
Lainnya, sebutkan / Other, please specify : .....		Tanggal mulai diderita / date on set	<input type="text"/>

- Diisi HANYA jika Diagnosis adalah Pemasangan Alat Pacu Jantung, Perikardiektomi atau Pemasangan Defribillator Jantung.  
*To be completed if ONLY for Insertion of Cardiac Pacemaker, Pericardiectomy, or Insertion of Cardiac Defibrillator*

- Apakah pasien menderita gangguan irama jantung? / *Does the patient suffer from cardiac arrhythmia?*  Ya / Yes     Tidak / No
- Kapan pasien mengalami gangguan irama jantung? Please provide the onset date of cardiac arrhythmia?
- Apakah gangguan irama jantung tersebut dapat diterapi dengan cara lain? Jika Ya, mohon jelaskan  
*Could the cardiac arrhythmia be treated through other method? If Yes, please provide details?*  Ya / Yes     Tidak / No

- Apa saja tindakan pengobatan non-medis yang telah dilakukan untuk gangguan irama jantung pasien?  
*What was the non medical treatment for the patient's cardiac arrhythmia?*

Pemasangan Alat Pacu Jantung sementara / <i>Insertion of a temporary Cardiac Pacemaker</i>	<input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No
Pemasangan Defribillator Jantung sementara / <i>Insertion of a temporary Cardiac Defibrillator</i>	<input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No
Pemasangan Alat Pacu Jantung permanen / <i>Insertion of a permanent Cardiac Pacemaker</i>	<input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No
Pemasangan Defribillator Jantung permanen / <i>Insertion of a permanent Cardiac Defibrillator</i>	<input type="checkbox"/> Ya / Yes <input type="checkbox"/> Tidak / No

- Apakah pasien telah menjalani tindakan perikardiektomi? *Did the patient undergone pericardiectomy?*  Ya / Yes     Tidak / No

Jika Ya, mohon sebutkan pendekatan operasi yang digunakan? *If Yes, what was the surgical approach?*

<input type="checkbox"/> Endoscopy/keyhole	<input type="checkbox"/> Sternotomy
<input type="checkbox"/> Thoracotomy	<input type="checkbox"/> Lainnya, mohon sebutkan / Others, please specify : .....

No. Polis/ Policy No. : 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**5. Diisi HANYA jika Diagnosis adalah Serangan Jantung.**
**To be completed if ONLY for Heart Attack / Acute Myocardial Infarction.**

a. Apakah ada riwayat nyeri dada yang khas? / Was there a history of typical chest pain?

 Ya / Yes  Tidak / No

Jika Ya, mohon sebutkan kapan pertama kali pasien mengeluhkan nyeri dada?

If Yes, please provide the date and time of the first onset of chest pain?

d	d	m	m	y	y	y	y
---	---	---	---	---	---	---	---

b. Apakah terjadi peningkatan biomarker jantung (yaitu CMKB, Troponin level) dan perubahan EKG sebelum adanya intervensi? Was there an elevation of cardiac biomarkers (i.e. CMKB, Troponin level) and ECG Changes before any intervention?

 Ya / Yes  Tidak / No

Jika Ya, mohon sebutkan detail hasil pemeriksaan biomarker jantung tersebut?

If Yes, please provide the details of cardiac biomarkers test results

Tanggal/Date	Hasil Biomarker Jantung / Cardiac Biomarkers test result	Hasil EKG / ECG Test Result
dd/mm/yyyy		

c. Apakah pasien pernah didiagnosa menderita serangan jantung sebelumnya?

Is there any previous episode of heart attack prior to this one? If Yes, please provide the details

Tanggal/Date	Diagnosa Akhir / Final Diagnosis	Terapi / Treatment
dd/mm/yyyy		

**6. Diisi HANYA jika Diagnosis adalah Operasi Bypass Pembuluh Darah Koroner (CABG), Penyakit Jantung Koroner Lain Yang Berat, Angioplasty dan Cardiomyopathy. / To be completed if ONLY for Coronary Artery Bypass Surgery, Other Serious Coronary Artery Disease, Angioplasty and Cardiomyopathy.**

a. Apakah telah dilakukan pemeriksaan Arteriografi Koroner? Jika Ya, mohon lampirkan hasilnya

 Ya / Yes  Tidak / No

Was coronary arteriography performed? If Yes, please enclose the result

b. Mohon sebutkan persentase penyempitan untuk setiap pembuluh darah arteri dan tanggal pemeriksaannya. / Please indicate the degree of narrowing (%) for each involved artery and date diagnosed

Tanggal/Date	Artery	Persentase Penyempitan / % Narrowing
dd/mm/yyyy	Left Main Coronary Artery (LC)	
dd/mm/yyyy	Left Anterior Descending Artery (LAD)	
dd/mm/yyyy	Circumflex Artery	
dd/mm/yyyy	Right Coronary Artery (RCA)	

c. Apa saja tindakan operasi yang telah dilakukan? Mohon lampirkan salinan laporan operasinya. / What surgical procedures have been performed? please enclosed the copy of surgery report

Tanggal/Date	Jenis Pembedahan / Surgery Type	Detail Tindakan / Surgery Detail
dd/mm/yyyy	Coronary Artery Bypass Surgery (CABG)	
dd/mm/yyyy	Balloon Angioplasty	
dd/mm/yyyy	Laser Treatment	
dd/mm/yyyy	Heart Valve Surgery	
dd/mm/yyyy	Transmyocardial Laser Therapy	

d. Mohon sebutkan penyebab utama dari penyakit cardiomyopathy diderita pasien? / What was the underlying cause of cardiomyopathy?

 Penyakit Jantung Koroner / Coronary Artery Disease  Penyalahgunaan obat-obatan / Drug abuse

 Penyalahgunaan Alkohol / Alcohol misuse  Lainnya, mohon sebutkan / Others, please specify :.....

e. Mohon jelaskan kondisi pasien saat ini sesuai dengan Klasifikasi dari New York Heart Association of Cardiac Impairment / Please state the detail of current condition in accordance with New York Heart Association of Cardiac Impairment

 Class I  Class III  
 Class II  Class IV

f. Jika kondisi pasien termasuk dalam kelas III dan kelas IV NYHA, mohon jelaskan tentang gangguan fisik yang dialami / If the patient condition falls within class III and class IV, kindly elaborate on the physical impairment suffered

Mohon lampirkan fotokopi legalisir semua hasil pemeriksaan medis (Echocardiogram, Electrocardiogram, Coronary Angiogram, dan Hasil Laboratorium - CKMB, Troponin T) / Please attached certified true copies of all reports (E.g. Echocardiogram, Electrocardiogram, Coronary Angiogram Reports, Blood and Laboratory test results - CKMB, Troponin T, etc.)

