

## FORMULIR KETERANGAN DOKTER TENTANG STROKE PHYSICIAN'S STATEMENT FORM OF STROKE

- 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 thick 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 style="width: 100%;" type="text"/>	No. Polis/ Policy No. : <input style="width: 100%;" type="text"/>
Tanggal Lahir/ Date of Birth : <input style="width: 100%;" type="text"/>	No. Peserta/ Member ID. : <input style="width: 100%;" type="text"/>
Jenis Kelamin/ Gender : <input type="checkbox"/> Laki-laki/ Male <input type="checkbox"/> Perempuan/ Female	No. Rekam Medis/ Medical Record No. : <input style="width: 100%;" type="text"/>

### II. DATA DOKTER/PHYSICIAN DATA

Nama Lengkap/ Full Name : <input style="width: 100%;" type="text"/>	
No. HP/HP No. : <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Nama Rumah Sakit/ Hospital Name : <input style="width: 100%;" type="text"/>	
Alamat Rumah Sakit/ Hospital Address : <input style="width: 100%;" 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.*

- Tanggal pasien pertama kali berkonsultasi dengan Dokter  
*Date when the patient first consulted with the Physician*
- 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 <i>First detected</i>	Gejala <i>Symptom</i>	Diagnosa <i>Diagnosis</i>
dd/mm/yyyy		

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

Hipertensi / <i>Hypertension</i>	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No	Tanggal mulai diderita / <i>date on set</i>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Diabetes Mellitus / <i>Diabetic</i>	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No	Tanggal mulai diderita / <i>date on set</i>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Hyperlipidemia	<input type="checkbox"/> Ya / Yes	<input type="checkbox"/> Tidak / No	Tanggal mulai diderita / <i>date on set</i>	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Lainnya, sebutkan / <i>Other, please specify</i> : .....			Tanggal mulai diderita / <i>date on set</i>	<input style="width: 100%;" type="text"/>

- Tanggal pasien terakhir kali berkonsultasi dengan Dokter / *Date when the patient last consulted*

- Jika Anda bukan dokter pertama yang mendiagnosis pasien dengan kondisi ini, mohon berikan nama dan alamat tempat praktek dokter yang mendiagnosa pertama kali kondisi pasien tersebut/ *If you are not the first physician who diagnosed the patient with this condition, please provide Name and Practice Address of the Physician who first made the diagnosis*

Tanggal Konsultasi <i>Consultation Date</i>	Nama Dokter <i>Name of Physician</i>	Tempat Praktek <i>Practice Address</i>
dd/mm/yyyy		

- Mohon sebutkan apakah penyebab kondisi yang dialami pasien? *Please describe what the caused of the condition suffered by the patient?*

Penyebab kondisi yang dialami pasien / <i>Cause of patient condition</i>	Ya / Tidak <i>Yes or No</i>	Tanggal Konsultasi <i>Consultation Date</i>
Kecelakaan / <i>Accident</i>		
Penyakit / <i>Illness</i>		
Kelainan pembuluh darah yang mempengaruhi organ mata / <i>blood vessels affecting the eye organ</i>		
Kelainan Ischaemic sistem vestibular / <i>Ischemic disorders of the vestibular system</i>		
Infeksi, vasculitis, penyakit peradangan dan migraine / <i>Infections, vasculitis, inflammatory diseases, and migraines</i>		
Lainnya, sebutkan / <i>Other, please specify</i> :		

No. Polis/ Policy No. : 

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

7. Mohon sebutkan jenis pemeriksaan penunjang yang dilakukan? / Please state the type of investigation has been conducted?

- CT Scan / Magnetic Resonance Imaging (MRI)  
 Pungsi 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

8. 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

Jenis Pembedahan / Surgery Type	Tanggal/Date
<input type="checkbox"/> Craniotomy	dd/mm/yyyy
<input type="checkbox"/> Pembedahan Aneurisma Otak / Brain Aneurisma Surgery	dd/mm/yyyy
<input type="checkbox"/> Pemasangan Cerebral Shunt / Cerebral Shunt Installation	dd/mm/yyyy
<input type="checkbox"/> Pembedahan Endarterectomi pada Arteri Karotid / Carotid Endarterectomy	dd/mm/yyyy
Lainnya, mohon jelaskan / Other, please explain .....	dd/mm/yyyy

 9. Apakah terdapat bukti adanya gangguan system fungsi syaraf yang berlangsung lebih dari 6 minggu?  Ya / Yes  Tidak / No  
 Are there any evident of permanent neurologic deficits lasting more than 6 weeks from the onset?

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

Jenis Gangguan Fungsi Syaraf Neurological Dysfunction Type	Tanggal Mulai Diderita Date of 1 <sup>st</sup> onset	Tanggal Pemeriksaan Terakhir Last assesment	Apakah bersifat permanen? Is it permanent?	Keterangan Remark
	dd/mm/yyyy	dd/mm/yyyy	Yes or No	

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

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

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

- Infarct  Emboli  Hemorraghe  Thrombosis

 Lainnya, mohon jelaskan / Others, please explain : .....

**IV. PERNYATAAN DOKTER / PHYSICIAN STATEMENT**

Saya, sebagai Dokter yang merawat Pasien tersebut di atas menyatakan semua jawaban, pernyataan, keterangan dan informasi dalam Formulir Keterangan Dokter Tentang Stroke ini berikut semua lampiran dan/atau dokumen yang dilampirkan adalah lengkap, aktual, benar, dan dapat dipertanggungjawabkan.

I, as the Physician who has treated the Patient mentioned above, declare that all answers, statements, explanations and informations in this Physician's Statement Form of Stroke, including those provided in any attachments hereto are complete, actual, correct, and reliable.

Dokter/Physician,

(Mohon dilengkapi dengan cap Rumah Sakit/Please complete with Hospital Stamp)

TTD/SIGN
Nama/Name: _____
Tempat/Place : _____
Tanggal/Date : __/__/____