



**SURAT KETERANGAN DOKTER**  
**(STROKE)**

|                 |   |  |
|-----------------|---|--|
| Nama Pasien     | : |  |
| Tanggal Lahir   | : |  |
| Alamat          | : |  |
| No. Rekam Medik | : |  |
| Nama Dokter     | : |  |

Mohon kesediaan teman sejawat melengkapi beberapa pertanyaan kami berikut ini :

*(mohon pengisian data dibawah ini disesuaikan dengan kondisi terakhir kali Pasien berkonsultasi ke TS)*

1. Tanggal perawatan saat ini : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (\*tgl/bulan/tahun)  
*(\*tanggal terakhir kali Pasien berkonsultasi)*
2. Tanggal pertamakali diagnosis ditegakkan : \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (tgl/bulan/tahun)
3. Pasien diketahui menderita Stroke dengan tanda-tanda defisit neurologis sebagai berikut:
  - a. Tingkat kesadaran :
  - b. Gangguan fungsi luhur yang ditemukan dalam pemeriksaan :
  - c. Kejang?  
 Ya       Tidak
  - d. Gangguan Lapangan Pandang?  
 Ya       Tidak
  - e. Apakah serangan berlangsung lebih dari 24 jam?  
 Ya       Tidak
  - f. Bagaimana kelainan yang terjadi pada jaringan otak?  
 Infark       Pendarahan       Trombosis       Embolisasi
  - g. Apakah Stroke yang dialami merupakan?

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Transient Ischaemic Attacks | <input type="checkbox"/> Disebabkan oleh Penyakit Radang           |
| <input type="checkbox"/> Disebabkan oleh Kecelakaan  | <input type="checkbox"/> Pembuluh darah yang berpengaruh pada mata |
| <input type="checkbox"/> Disebabkan oleh Infeksi     | <input type="checkbox"/> Gangguan Ischaemic dari system vestibular |
| <input type="checkbox"/> Disebabkan oleh Vasculitis  |  |



h. Gangguan Sensorik Motorik:

Skala 0 : Otot tak mampu bergerak walau sudah diperintahkan untuk bergerak

Skala 1 : Jika otot ditekan masih terasa ada kontraksi atau kekenyalan

Skala 2 : Dapat menggerakkan otot atau bagian yang lemah sesuai perintah

Skala 3 : Dapat menggerakkan otot dengan tahanan minimal

Skala 4 : Dapat bergerak dan dapat melawan hambatan yang ringan

Skala 5 : bebas bergerak dan dapat melawan tahanan yang setimpal

| Anggota Badan           | Skala Hemiparese /<br>Hemiplegi | Anggota Badan          | Skala Hemiparese /<br>Hemiplegi |
|-------------------------|---------------------------------|------------------------|---------------------------------|
| Ekstremitas Atas Kanan  |                                 | Ekstremitas Atas Kiri  |                                 |
| Ekstremitas Bawah Kanan |                                 | Ekstremitas Bawah Kiri |                                 |
| Mata Kanan              |                                 | Mata Kiri              |                                 |
| Otot Wajah Kanan        |                                 | Otot Wajah Kiri        |                                 |

4. Sehubungan dengan Hemiparese/Hemiplegi yang dialami oleh Pasien Apakah sesuai dengan definisi seperti tersebut dibawah ini:

- Kehilangan fungsi secara total dan tidak dapat dipulihkan atas anggota tubuh sebagai berikut:
- Kedua Mata, atau
  - Kedua lengan atau kedua kaki atau 1 (satu) lengan dan 1 (satu) kaki yang terjadi pada atau diatas pergelangan kaki; atau
  - 1 (satu) mata dan 1 (satu) lengan yang terjadi pada atau di atas pergelangan tangan; atau
  - 1 (satu) mata dan 1 (satu) kaki yang terjadi pada atau di atas pergelangan kaki.
- Sama sekali tidak dapat melakukan pekerjaan apapun untuk mencari nafkah secara terus menerus, tidak termasuk cacat berupa kelainan kejiwaan, cacat mental, neurosis, psikosomatis ataupun psikosis.
- Keadaan tersebut berlangsung sekurang-kurangnya selama 6 (enam) minggu berturut-turut sejak ditegakkan diagnosa Stroke.
- Kondisi pemeriksaan terakhir (\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_) (tgl/bln/thn) : membaik.



5. Mohon dapat disampaikan bukti defisit fungsi neurologi yang menetap?

Magnetic Resonance Imaging (MRI) :

Computerized Tomography :

Imaging Lainnya :

6. Kapan pertama kali Pasien mengalami defisit fungsi neurologi menetap?

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (tgl/bulan/tahun)

7. Dari pemeriksaan terakhir yang dilakukan oleh Pasien, Bagaimana fungsi neurologinya?

Masih belum pulih. Pemeriksaan terakhir tanggal : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (tgl/bulan/tahun)

Telah pulih sejak : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (tgl/bulan/tahun)

8. Apakah Pasien pernah mendapat fisioterapi?

Ya  Tidak

Jika Ya:

- Mohon dapat disebutkan bagian tubuh yang mendapatkan fisioterapi?

- Bagaimana kemajuan setelah mendapat fisioterapi?



9. Type fisioterapi yang dijalankan oleh Pasien ini adalah?

Aktif     Pasif

10. Sepanjang yang diketahui, apakah pasien merupakan rujukan dari dan apakah pasien pernah disarankan untuk dirujuk ke dokter, klinik, RS atau pelayanan kesehatan lainnya baik dalam maupun luar negeri?

Ya     Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan nama dan alamat lengkap Dokter/RS/Klinik nya?

| Nama Rumah Sakit/Klinik | Nama Dokter | Alamat |
|-------------------------|-------------|--------|
|                         |             |        |
|                         |             |        |
|                         |             |        |
|                         |             |        |
|                         |             |        |

11. Sehubungan dengan Stroke yang dialami pasien, apakah pasien menderita salah satu faktor resiko seperti tersebut dibawah ini?

Ya     Tidak

Jika Ya, mohon sebutkan sejak kapan pasien telah menderita kondisi tersebut:

- Hipertensi : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (tgl/bln/thn) atau \_\_\_\_\_ Hari/bln/thn yg lalu
- Diabetes Melitus : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (tgl/bln/thn) atau \_\_\_\_\_ Hari/bln/thn yg lalu
- Hyperkolesterol : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (tgl/bln/thn) atau \_\_\_\_\_ Hari/bln/thn yg lalu
- Merokok : \_\_\_\_\_ batang/hari
- Atrial Fibrillation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (tgl/bln/thn) atau \_\_\_\_\_ Hari/bln/thn yg lalu
- Kecelakaan : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (tgl/bln/thn) atau \_\_\_\_\_ Hari/bln/thn yg lalu



12. Apakah pasien mempunyai Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) atau Riwayat Penyakit Sekarang (RPS) seperti disebutkan dibawah ini?

Ya       Tidak

Jika ya, mohon dapat disebutkan dan kapan pertama kali diketahui/ditegakkan?

| RPD/RPS                                      | Tanggal RPD/RPS |
|--|-----------------|
| <input type="checkbox"/> Stroke              | ____/____/____  |
| <input type="checkbox"/> Hypertensi          | ____/____/____  |
| <input type="checkbox"/> Hyperkolesterol     | ____/____/____  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Melitus    | ____/____/____  |
| <input type="checkbox"/> Atrial Fibrillation | ____/____/____  |
| <input type="checkbox"/> Hyperlipidemia      | ____/____/____  |
| <input type="checkbox"/> Asthma              | ____/____/____  |
| <input type="checkbox"/> Angina Pectoris     | ____/____/____  |
| <input type="checkbox"/> Myocard Infark      | ____/____/____  |
| <input type="checkbox"/> TBC Paru            | ____/____/____  |
| <input type="checkbox"/> Lainnya             | ____/____/____  |

Mohon diberi tanda (v) pada pilihan

13. Apakah ada informasi lain yang ingin dokter sampaikan kepada **PT. Tokio Marine Life Insurance** untuk membantu proses klaim lebih lanjut?

Saya menyatakan bahwa saya pribadi yang merawat penderita dan bahwa semua keterangan tentang pasien dalam pernyataan ini adalah benar.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (tgl/bulan/tahun)

\_\_\_\_\_  
(Nama/Tandatangan Dokter & stempel RS)



**TOKIO MARINE**  
**INSURANCE GROUP**