

FORMULIR KETERANGAN MEDIS CACAT TOTAL DAN TETAP MEDICAL INFORMATION FORM FOR TOTAL AND PERMANENT DISABILITY

PT AVRIST ASSURANCE



Advancing Life

Pernyataan Dokter yang bersangkutan / *Attending Physician Statement*

Pernyataan Dokter yang bersangkutan / *Attending Physician Statement*

Kepada Yth. TS Dokter, Kami mohon bantuan dan kerjasama dokter untuk memberikan keterangan lengkap mengenai pasien melalui form ini. Terima kasih.
Dear Doctor, we need your help to give a complete information about the patient on this form. Thank you.

A. DATA PASIEN / ABOUT THE PATIENT

Nama / *Name*

Jenis Kelamin / *Sex*

 Pria / *Male* Wanita / *Female*

No. Rekam Medis / *Medical Record Number*

Tanggal Lahir / *Date of Birth*

 / / Umur / *Age* Tahun / *Years Old*

Pekerjaan / *Occupation*

Tinggi & Berat Badan / *Height & Weight*

 cm kg

B. DATA PENYAKIT / ABOUT THE ILLNESS / DISEASE

Keluhan dan gejala yang ada / *Signs and symptoms*

Menderita keluhan/ gejala sejak / *First time aware for this sign/ symptom*

 / /
 Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

Pertama kali konsultasi / *First consultation for the illness*

 / /
 Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

Terakhir kali konsultasi / *Last consultation for the illness*

 / /
 Tanggal/Date Bulan/Month Tahun/Year

Pemeriksaan Tanda Vital saat ini / *Vital Sign Assesement*

Kesadaran / *Consciousness* _____

Tekanan Darah / *Blood Pressure* _____

Nadi / *Pulse* _____ / minute

Suhu / *Temperature* _____ °c RR / RR _____ / minute

Hasil Pemeriksaan penunjang / *Supporting examination result*

Diagnosis / *Diagnosis*

C. APABILA AKIBAT KECELAKAAN / IF CAUSED BY AN ACCIDENT

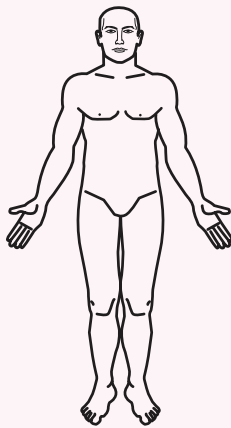
Tempat kecelakaan / *Location of the accident*

Tanggal dan Waktu Kecelakaan / *Occurance Date*

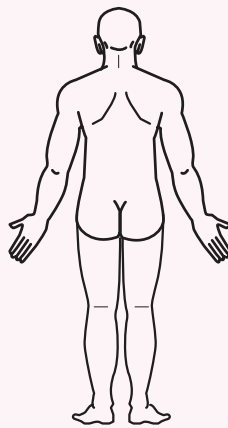
 / / Jam / *Time*

Penyebab kecelakaan / *Cause of accident*

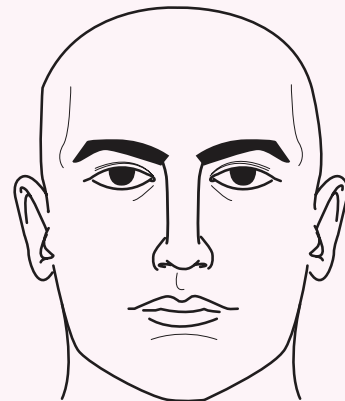
Status Lokalis / *Local Status* :



Tampak Depan
Front View



Tampak Belakang
Back View



Wajah
Face

D. STATUS NEUROLOGIS SAAT INI / NEUROLOGICAL STATUS

Glasgow Coma Scale (GCS)

E _____ M _____ V _____

Pemeriksaan Ekstremitas <i>Extremity Examination</i>	Kekuatan <i>Power</i>	Pergerakan <i>Movement</i>	Tonus Otot <i>Muscle Tonus</i>	Refleks Fisiologis <i>Physiologic Reflex</i>	Refleks Patologis <i>Patologic Reflex</i>
Ekstremitas Atas Kanan <i>Upper Right Extremity</i>					
Ekstremitas Atas Kiri <i>Upper Left Extremity</i>					
Ekstremitas Bawah Kanan <i>Lower Right Extremity</i>					
Ekstremitas Bawah Kiri <i>Lower Left Extremity</i>					

Apakah ada kelumpuhan Nervus Cranialis? /
Is there any Cranial Nerve paralysis?

- Ya / Yes
 Tidak / No

Jika "Ya", mohon jelaskan/
If "Yes", please give an explanation

Apakah ada gangguan fungsi luhur? /
Is there any cognitive disorder?

- Ya / Yes
 Tidak / No

Jika "Ya", mohon jelaskan/
If "Yes", please give an explanation

Apakah ada gangguan koordinasi? /
Is there any coordination disorder?

- Ya / Yes
 Tidak / No

Jika "Ya", mohon jelaskan/
If "Yes", please give an explanation

Apakah ada gangguan selain disebutkan di atas? /
Is there any other problem other than above?

- Ya / Yes
 Tidak / No

Jika "Ya", mohon jelaskan/
If "Yes", please give an explanation

E. HUBUNGAN KEADAAN PASIEN DENGAN KEGIATAN SEHARI HARI DAN PEKERJAAN / CORRELATION BETWEEN PATIENT'S CONDITION WITH DAILY ACTIVITY AND OCCUPATION

Dengan keadaan pasien sekarang, mohon jelaskan untuk pertanyaan-pertanyaan berikut:
With the patient's current condition, please give explanation for below questions

Apakah cacatnya menetap selamanya?
Is the disability will be permanent?

Dapatkah bekerja sesuai pekerjaan sebelumnya?
Can patient work like before suffer this illness?

Pekerjaan apa yang mungkin dapat dilakukan?
What kind of job that patient can do?

Kapan perkiraan dapat memulai bekerja?
On your expectation, when patient will return to work?

Kapan perkiraan akan pulih kembali
On your expectation, when will patient recover?

1. Dengan keadaan pasien seperti yang dijelaskan di atas, bagaimana anda menilai kemampuan dalam komunikasi untuk saat ini? (pilih salah satu)/
With the condition of patient as describe above, how would you rate the ability of communication presently? (please choose one)

- Mampu melakukan semua hubungan antar perorangan dan komunikasi (tanpa batas) /
Able to perform all interpersonal relation and communication (no limitation)
- Sedikit lebih terbatas / *Slightly more limited*
- Sangat terbatas / *Very limited*
- Kehilangan kejiwaan, fisiologis, kepribadian dan kemampuan bersosialisasi yang sangat berarti (tidak mampu) /
Very meaningful loss of psychological, physiological, personality and social skills (not capable)

2. Kemampuan menulis saat ini? / *Ability to write*

- Memadai / *Adequate*
- Menulis dengan susah payah / *Writing with great difficulty*
- Tidak dapat menulis sama sekali / *Unable to write at all*

3. Dengan kondisi kesehatan pasien saat ini bagaimana anda menilai kapasitas pasien dalam melakukan kegiatan hidup sehari-hari? Mohon agar menjawab pertanyaan di bawah. / *Based on current condition of patient, how can you measure patient's daily activity? Please answer the question below*
- a) Mobilitas: Kemampuan untuk bergerak dari satu ruangan yang berhubungan atau dari satu sisi ruangan ke sisi yang lainnya atau merebahkan diri atau bangun dari tempat tidur atau kursi tanpa membutuhkan bantuan fisik dari orang lain. / *Mobility: The ability to move from one room to another or from one side to another side or lay down or get up from bed or chair without requiring help from others.*
- Mampu / *Able* Tidak mampu / *Unable*
- b) Kontrol diri: Kemampuan secara sadar mengendalikan fungsi pembuangan air seni dan air besar untuk menjaga kebersihan diri tanpa bantuan orang lain. / *Self control: The ability of urination and defecation to maintain personal hygiene without help from others.*
- Mampu / *Able* Tidak mampu / *Unable*
- c) Berpakaian: Mengenakan dan melepaskan semua bentuk pakaian tanpa memerlukan bantuan orang lain. / *Dressing: Wearing clothes and undressing without requiring help from others.*
- Mampu / *Able* Tidak mampu / *Unable*
- e) Pergi ke dan dari toilet, masuk dan keluar toilet dan semua hal yang berhubungan dengan kebersihan diri tanpa bantuan orang lain. / *Going to and from toilet, moving into and exit through toilet and all things related to personal hygiene without help*
- Mampu / *Able* Tidak mampu / *Unable*
- f) Makan: Semua kegiatan memasukkan makanan ke dalam tubuh ketika semuanya telah disediakan tanpa bantuan orang lain. / *Eating: All activities consuming food into the body when it has been provided without help from others.*
- Mampu / *Able* Tidak mampu / *Unable*
4. Apakah pasien saat ini mengalami cacat total dan permanen sehingga tidak bisa melakukan aktivitas sehari-hari? / *Is patient currently suffering total and permanent disability and unable to perform daily activity?*
- Ya / *Yes* Tidak / *No*
5. Bagaimana prognosis penyakit ini untuk pasien yang bersangkutan? / *How about the prognosis?*
- Mohon Penjelasannya / *Please give explanation* _____

E. RIWAYAT PENYAKIT LAINNYA / OTHER MEDICAL HISTORY

Diagnosis / <i>Diagnosis</i>	Terdiagnosis sejak / <i>Diagnosed since</i>	Nama Dokter, Nama Rumah Sakit, Alamat & No Telp / <i>Doctor's name, Hospital, Address & Phone No.</i>

F. HAL PENTING LAINNYA / IMPORTANT NOTE

Hal penting lainnya yang kiranya perlu disampaikan oleh dokter sehubungan dengan pasien. / *If you have any other important information about this patient, please state here.*

G. PERNYATAAN / DECLARATION

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab seluruh pertanyaan dengan lengkap dan benar sesuai pengetahuan dan keyakinan saya. / *I declared that I have read, understand and answer all of the questions above completely and correctly according to my knowledge and belief.*

Ditandatangani di / *Signed in* : _____

/ /
Tangga/Date Bulan/Month Tahun/Year

Tanda Tangan Dokter + Stempel Rumah Sakit
Doctor's sign and hospital's official stamp

Nama Jelas Dokter /
Doctor's Full Name _____

Alamat /
Address _____

Kualifikasi/Keahlian /
Qualification _____

No. Telepon /
Phone Number _____

Nama Rumah Sakit /
Hospital's Name _____

No. Fax /
Fax Number _____