

SURAT KETERANGAN DOKTER TENTANG PENYAKIT JANTUNG

Kepada Yth. Dokter yang merawat,
Sehubungan dengan pengajuan Klaim Penyakit Kritis oleh Tertanggung dari PT FWD Life Indonesia di bawah ini.
Mohon dapat mengisi Surat Keterangan Dokter ini. Terima kasih.

RAHASIA

No. Polis	:	
Nama Tertanggung	:	
Tanggal Lahir	:	
No. Catatan Medis	:	
No. KTP/SIM	:	
Pekerjaan	:	
Alamat	:	

Nama tersebut di atas adalah Tertanggung pada PT FWD Life Indonesia atas kejadian-kejadian tertentu yang berkaitan dengan kesehatannya. Kami telah menerima pengajuan Klaim sehubungan dengan penyakit yang tertera di atas dan agar kami dapat menilai keabsahan Klaim tersebut, kami sangat mengharapkan kerjasama Anda untuk melengkapi Formulir ini.

Untuk memastikan keabsahan Klaim, definisi Penyakit berikut harus dipenuhi.

1. Serangan Jantung Pertama

Infark sebagian Otot Jantung sebagai akibat kurangnya suplai Darah ke Jantung.

Kriteria diagnosa yang harus dipenuhi pada saat terjadinya serangan tersebut adalah harus memenuhi 3 (tiga) dari 5 (lima) kriteria di bawah ini:

- a. Adanya nyeri dada khas pada saat serangan;
- b. Terjadinya perubahan-perubahan gambar Elektrokardiogram (EKG) yang khas untuk *Infark Myocardial* stadium dini dan;
- c. Terjadinya peningkatan pada kadar enzim Jantung CK-MB;
- d. Terjadinya peningkatan Troponin (T or I);
- e. *Left Ventricular Ejection Fraction* kurang dari 50% (lima puluh persen) yang berlangsung selama 3 (tiga) bulan atau lebih setelah serangan.

2. Penyakit Jantung Koroner Lain yang Serius

Penyempitan pada salah satu arteri koroner minimum seluas 75% (tujuh puluh lima persen) dan pada 2 (dua) arteri koroner lainnya minimum seluas 60% (enam puluh persen) yang dibuktikan dengan Angiografi, tanpa memandang apakah operasi sudah dilakukan atau belum.

Arteri koroner yang dimaksud adalah *Left Main Coronary Artery (LC)*, *Left Anterior Descending Artery (LAD)*, *Circumflex Artery* dan *Right Coronary Artery (RC)*.

3. Angioplasti dan penatalaksanaan invasif lainnya untuk Penyakit Jantung Koroner

Tertanggung telah menjalani *Angioplasti Balloning* atau tindakan katerisasi intra-arterial untuk mengobati penyempitan pembuluh darah koroner yang bermakna, minimum seluas 70% (tujuh puluh persen), dari satu atau lebih pembuluh darah arteri koroner yang dibuktikan dengan Angiografi. Tindakan ini harus atas indikasi medis dan berdasarkan pertimbangan yang dibuat oleh Dokter Spesialis Jantung.

Arteri koroner yang dimaksud adalah *Left Main Coronary Artery (LC)*, *Left Anterior Descending Artery (LAD)*, *Circumflex Artery* dan *Right Coronary Artery (RC)*.

4. Operasi Jantung Koroner

Operasi dengan membuka dinding dada untuk mengkoreksi penyempitan atau sumbatan pada satu atau lebih Arteri Koroner Jantung. Diagnosa ditegakkan berdasarkan Angiografi yang menunjukkan adanya penyumbatan pembuluh darah koroner yang bermakna dan tindakan tersebut harus berdasarkan pertimbangan medis yang dibuat oleh Dokter Spesialis Jantung.

5. Operasi Penggantian Katup Jantung

Operasi dengan membuka Jantung untuk mengganti atau memperbaiki kelainan Katup Jantung.

Diagnosa adanya kelainan Katup Jantung harus ditegakkan berdasarkan katerisasi Jantung atau Ekokardiografi dan tindakan tersebut harus berdasarkan pertimbangan medis yang dibuat oleh Dokter Spesialis Jantung.

6. Operasi Pembuluh Aorta

Operasi yang dilakukan untuk memperbaiki/mengkoreksi Aneurisma, penyempitan, penyumbatan atau ruptur traumatik pembuluh aorta yang memerlukan eksisi dengan membuka rongga dada (torakotomi) atau rongga perut (laparotomi).

Pembuluh aorta yang dimaksud adalah Aorta Thorakalis dan Abdominalis, tidak termasuk percabangannya.

7. Kardiomiopati (Cardiomyopathy)

Diagnosa penyakit ini ditegakkan oleh Dokter Spesialis Jantung dan dibuktikan dengan adanya ejection fraction yang rendah (< 40%) dengan pemeriksaan Ekokardiografi, berlangsung terus-menerus selama minimum 3 (tiga) bulan. Penyakit ditandai dengan gangguan fungsi bilik Jantung yang menyebabkan ketidakmampuan fisik secara permanen sesuai dengan derajat minimum Kelas III Klasifikasi "New York Heart Association Classification of Cardiac Impairment" sebagai berikut:

- Kelas III : Ketidakmampuan yang bermakna ditandai dengan Tertanggung dalam kondisi yang nyaman dalam posisi istirahat tapi kemampuan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari sangat terbatas dari biasanya dan menunjukkan gejala-gejala dari gagal Jantung kongestif.
- Kelas IV : Ketidakmampuan melakukan aktivitas apapun. Gejala-gejala gagal jantung kongestif timbul meskipun dalam kondisi istirahat. Setiap ada peningkatan aktivitas fisik, ketidaknyamanan akan terjadi.

Adapun Penyakit yang Anda uraikan berikut ini adalah:

Mohon dapat menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut ini, jika tidak mencukupi jawaban dapat ditulis di balik Formulir atau dilampirkan di sehelai kertas tambahan.

A. UMUM

1. Apakah Anda adalah Dokter langganan Tertanggung?

- a. Ya, sejak kapan?..... / / (tanggal/bulan/tahun)
- b. Tidak

2. Kapan Anda pertama kali memberi konsultasi untuk kondisi ini (tanggal/bulan/tahun),

.....

3. Bagaimana gejalanya (seperti detak jantung tidak normal, nyeri dada, edema, sesak nafas dan lain-lain) dan sejak kapan?

.....

4. Dari anamnesa Anda, apakah Tertanggung sebelumnya pernah menderita kondisi di atas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini? (contohnya : tekanan darah tinggi, angina, demam rematik atau penyakit pembuluh darah lainnya).

Mohon uraikan jenis penyakit/keluhan apa saja dan sejak kapan diderita.

Jenis Penyakit/Keluhan

Sejak kapan (tanggal/bulan/tahun)

.....
.....
.....
.....

5. Kapankah Tertanggung untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?

.....

6. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan Tertanggung yang berhubungan dengan merokok, minuman beralkohol dan obat terlarang.

Mohon sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.

.....

7. Mohon berikan nama dan alamat Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi Tertanggung sebelumnya.

.....

B. RINCIAN MEDIS

1. Mohon Anda jelaskan, diagnosa penyakit Jantung Tertanggung secara rinci, baik yang memerlukan pembedahan ataupun tidak dan kapan diagnosa tersebut ditegakkan.

.....

2. Mohon jelaskan hasil katerisasi Jantung Tertanggung.

.....

3. Apakah pembedahan dilakukan dengan membuka dinding dada?

.....

4. Mohon disebutkan pembuluh darah Jantung mana saja yang dilakukan by-pass grafting.

.....

5. Dari hasil pemeriksaan Anda, mohon diuraikan jenis gejala, tanggal kejadian dan durasi dari gejala yang akut.

Tanggal	Jenis Gejala	Durasi
.....
.....
.....
.....

6. Dari hasil pemeriksaan Anda, apakah gangguan fisik sudah menetap dan masuk kategori kelas berapa dalam Classification of The New York Heart Association?

Tanggal	Jenis Gejala	Durasi
.....
.....
.....
.....

7. Saran dan tindakan apakah yang diambil sehubungan dengan diagnosa Anda dan bagaimana prosedur dari tindakan tersebut?

Tanggal	Tindakan dan Saran
.....
.....
.....
.....

8. Mohon berikan nama Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang Anda rujuk untuk perawatan Tertanggung selanjutnya.

Nama	Alamat
.....
.....
.....
.....

9. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan Anda (seperti Testing ECGs, Exercise Stress Test/Treadmill atau Master Test, Enzym Essay, Isotope Imaging, Coronary dan LV Angiography)

Pemeriksaan

Kesimpulan

.....
.....
.....
.....
.....

10. Menurut pendapat Anda, apakah kondisi yang diderita Tertanggung memenuhi definisi Penyakit yang disebutkan di halaman Pertama?
Mohon penjelasannya.

.....

.....

11. Mohon dapat memberikan informasi lainnya, jika ada, yang menurut Anda dapat membantu Kami untuk memproses Klaim ini.

.....

.....

Saya menyatakan bahwa Saya pribadi yang merawat Tertanggung tersebut di atas dan bahwa semua keterangan tentang Tertanggung dalam Pernyataan ini adalah benar sejauh pengetahuan yang Saya miliki dan yakini pada saat ini.

Nama Dokter :

Alamat Dokter :

No Telepon :

Tempat & Tanggal,

.....
Tandatangan dan Stempel Dokter