

-
- ☐ **Stroke / *Stroke***
 - ☐ **Koma / *Coma***
 - ☐ **Epilepsi Berat / *Epilepsy***
 - ☐ **Trauma Kepala Serius / *Major Head Injury***
 - ☐ **Pemasangan Cerebral Shunt / *Cerebral Shunt Installation***
 - ☐ **Kelainan Pembuluh Darah Otak Lainnya / *Other Cerebrovascular disorders***
-

Nama Pasien / Tertanggung
Patient's Name / Life
Assured

Tanggal Lahir /
Date of Birth

No. Rekam Medik /
Medical Record No.

Dokter yang terhormat,
Dear Doctor,

Nama tersebut di atas adalah **Tertanggung** pada PT Prudential Life Assurance atas manfaat yang berkaitan dengan salah satu Kondisi Kritis. Kami telah menerima pengajuan klaim sehubungan dengan penyakit tersebut dan untuk kelancaran proses klaim, kami sangat mengharapkan kerja sama Anda untuk melengkapi formulir ini.

The name above is insured with PT Prudential Life Assurance. A claim has been submitted in connection with one of the Critical Condition and to enable us to assess the claim, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form.

Terima kasih atas kerjasamanya.
Thank you.

A. INFORMASI UMUM/ *GENERAL INFORMATION*

1. Sejak kapan pasien berkonsultasi dengan dokter untuk Penyakit ini?
Since when have you been the medical attendant of this patient for the illness?

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

2. Mohon sebutkan Diagnosis Anda secara rinci.
Please give us your detailed Diagnosis.

Kapan diagnosis ini pertama kali ditegakkan?
When the diseases was first diagnosed?

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

3. Apakah gejala/keluhan yang ada?
What were the patient's main symptoms/complaints?

--

Sejak kapan gejala / keluhan dirasakan ?
When the main symptoms/complaints first occurred?

4. Apakah pasien pernah mengalami gejala/keluhan/penyakit yang berhubungan dengan diagnosis saat ini? Mohon jelaskan secara rinci mengenai gejala/keluhan/penyakit tersebut dan tanggal pertama kali dirasakan/didiagnosis.
Had the patient previously experienced any symptoms/complaints/diseases related to the current diagnosis? Please describe in detail about the symptoms/complaints/diseases and the date when it was occurred/ diagnosed.

Tanggal Date	Gejala/Keluhan/Penyakit Symptoms/ Complaints/ Disesase

5. Mohon jelaskan hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan.
Please describe the results of physical examination.

Tanggal <i>Date</i>	Hasil Pemeriksaan Fisik <i>Physical Examination Result</i>

6. Mohon jelaskan hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan.
Please describe the results of medical tests.

Tanggal <i>Date</i>	Hasil Pemeriksaan Penunjang* <i>Medical Test Result*</i>

*Mohon lampirkan semua hasil pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan.

**Please attach all medical test results.*

7. Mohon jelaskan tindakan medis dan pengobatan yang telah diberikan beserta tujuannya.
Please describe any therapy and medical procedure which already given and the aim of such therapy/ procedure

Tanggal <i>Date</i>	Tindakan medis/Pengobatan <i>Medical procedure/ Therapy</i>	Tujuan <i>Purpose</i>

8. Apakah penyebab penyakit ini termasuk cacat bawaan?
Is current condition caused by congenital factors? ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No
9. Apakah penyebab penyakit diakibatkan oleh HIV?
Is current condition caused by HIV? ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No
10. Apakah penyebab penyakit karena penyalahgunaan alkohol?
Is current condition caused by alcohol abused? ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No

11. Mohon berikan nama dan alamat dokter/spesialis/rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien sebelumnya.

Please give us the name and address of general practitioner/specialists/hospitals visited by the patient before he/she was under your treatment.

--

B. Rincian Medis / *Medical Details*

1. Apakah penyebab kondisi yang dialami pasien ?

What is the caused of condition suffered by patient ?

dd/mm/years

- ☐ Kecelakaan / *Accident*

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

- ☐ Penyakit / *Illnes*

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

- ☐ Lainnya / *Others*

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

Mohon jelaskan perjalanan penyakit/kecelakaan/penyebab lainnya tersebut.

Please explain the history of disease/accident/other causes.

--

2. Mohon sebutkan jenis pemeriksaan penunjang yang dilakukan.

Please state medical test that has been performed

- ☐ *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 result with interpretation.

3. Apakah operasi telah dilakukan ? Ya/Yes ☐ Tidak/No ☐
Has any surgery been done ?

Jika Ya, mohon beri tanda / *If yes, please tick the necessary box below*

- ☐ Kraniotomi/*Craniotomy*
☐ Pembedahan Aneurisma Otak/*Brain Aneurisma Surgery*
☐ Pemasangan Cerebral Shunt/*Cerebral Shunt Installation*
☐ Pembedahan Enderectomi pada Arteri Karotid/*Carotid Enderectomy*
☐ Tindakan lainnya, mohon jelaskan / *Other operations, please explain*

.....

4. Apakah terdapat bukti adanya defisit Neurologik yang permanen ? Ya/Yes ☐ Tidak/No ☐
Are there any evident of permanent neurologic deficits?

Sejak tanggal / *since* :

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

Mohon sebutkan bentuk defisit neurologis yang terjadi pada pasien.
Please state the neurological deficit manifestation.

--

5. Apabila ditemukan defisit neurologis pada anggota gerak, mohon sebutkan Skor MMT.
If there are any neurologic deficits on extremities, please mention the MMT Score.

--

• **STROKE/Stroke**

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

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

Infarct ☐ Emboli ☐ Haemorrhage ☐ Thrombosis ☐ Aneurisma ☐

☐ Lainnya, mohon jelaskan / *Others, please explains.*

--

• **KOMA / Coma**

1. Sejak kapan Pasien dalam kondisi koma?

When did the patient first experience coma?

dd/mm/years

Sejak / Since :

Sampai dengan / Until :

dd/mm/years

Berapa lama (jam) Pasien berada dalam keadaan koma terus menerus? Jam

How long (hours) had the patient been continuously in a coma ? Hours

2. Apakah selama kondisi koma Pasien menggunakan alat bantu kehidupan?

Did patient use life support equipment during coma?

☐

Ya / Yes, mohon sebutkan / please state :

☐

Tidak / No

• **EPILEPSI BERAT / Severe Epilepsy**

1. Mohon sebutkan berapa kali serangan kejang yang terjadi dalam 1 minggu?

How many seizure attack occurred in a week?

☐

≤ 5 kali / times

☐

> 5 kali / times

Jenis kejang / type of seizure.

☐

Tonic Clonic or Grand Mal seizure

☐

Petit Mal seizure

2. Mohon sebutkan obat kejang yang diminum.

Please mention the seizure medication has been consumed.

Berapa lama penggunaan obat tersebut?

How long patient consumed those medication ?

3. Apakah pasien telah resistant terhadap terapi optimal yang di konfirmasi dengan test level serum obat?

Is the patient resistant to optimal therapy as confirmed by drug serum level testing?

☐

Ya / Yes

☐

Tidak / No

• **TRAUMA KEPALA BERAT / Major Head Trauma**

1. Mohon beri tanda pada hal-hal dimana terdapat ketidakmampuan total pada pasien untuk menjalaninya (dengan atau tanpa bantuan) secara terus-menerus.

Please tick in the boxes if there is/are permanent decrease in patient's ability to perform (whether aided or unaided) activities below.

- ☐ Mandi / *Bathing*
☐ Berpakaian / *Dressing*
☐ Beralih tempat / *Transferring*
☐ Berpindah / *Mobility*
☐ Buang air / *Toileting*
☐ Menyuar / *Feeding*

2. Sejak kapan pasien tidak dapat melakukan aktivitas tersebut di atas?

How long is the patient unable to perform the activities above?

dd/mm/years

Sejak / *Since* :

Sampai dengan / *Until* :

dd/mm/years

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua keterangan tersebut di atas adalah benar sejauh pengetahuan yang Saya miliki dan yakini.

I hereby declare that the foregoing answers are each and all true to the best of my knowledge and belief

N a m a
Name

Alamat dan Stempel Rumah Sakit
Address and Stamp of the Hospital

Spesialisasi
Specialization

Tanggal
Date

Tanda tangan
Signature