



SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

- Serangan Jantung / *Heart Attack*
 - Penyakit Pembuluh Darah Jantung lain yang serius/ *Coronary Artery Serious Disease*
 - Tindakan Bedah Katup Jantung/ *Heart Valve Surgery*
 - Tindakan Bedah Pembuluh Darah Aorta/ *Aorta Surgery*
 - Tindakan Bedah Bypass Pembuluh Darah Jantung / *Coronary Artery Bypass Grafting (CABG)*
 - Angioplasti dan Penatalaksanaan Invasif lainnya untuk Penyakit Pembuluh Darah Jantung / *Balloon Angioplasty*
 - Pembedahan Jantung Lainnya / *Other cardiac surgery*
 - Kelainan Jantung Lainnya / *Other cardiac abnormalities*
-

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.

Atas kerja sama kami ucapkan terima kasih.
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 ?

2. Mohon scantumkan Diagnosanya ?
Please give us your detailed diagnosis ?

3. Kapan Diagnosa penyakit ini ditegakkan ?
When the illness disease has been diagnosed ?

4. Apakah gejala / keluhannya ?
What were the patient's chief symptoms/complaints ?

5. Sejak kapan gejala dan keluhan tersebut dilaporkan ?
Since when the chief symptoms/complaints ?

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

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

7. Tindakan medis, pengobatan dan saran apa yang telah diberikan ? Mohon jelaskan juga tujuannya.
Please describe any medication or suggestions given to the patient and the purpose of such medications/suggestions

Tanggal <i>Date</i>	Jenis tindakan medis/Pengobatan/Saran <i>Type of medication/suggestion</i>	Tujuan <i>Purpose</i>

8. Apakah penyebab penyakit ini termasuk cacat bawaan ? Ya/Yes Tidak/No
Is current condition caused by congenital factors ?

9. Apakah penyebab penyakit diakibatkan oleh HIV ? Ya/Yes Tidak/No
Is current condition caused by HIV ?
10. Apakah penyebab penyakit karena penyalahgunaan alkohol ? Ya/Yes Tidak/No
Is current condition caused by alcohol abused ?
11. Mohon berikan nama dan alamat Dokter / spesialis / Rumah Sakit yang pernah dikunjungi oleh Tertanggung sebelumnya Tertanggung menjadi pasien Anda.
Please give us the name and address of doctors / specialists / hospitals visited by the patient before he/she was under your treatment.
-
12. Mohon lampirkan semua hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
Please attach all of test results have been done

B. RINCIAN MEDIS / MEDICAL DETAILS

1. Apakah terdapat riwayat sakit dada yang khas yang mengarah pada serangan jantung ? Ya/Yes Tidak/No
Is there any history of specific chest pain that leads to a heart attack ?
2. Apakah terdapat kondisi Aritmia Jantung pada pasien ? Ya/Yes Tidak/No
Is there condition of heart aritmia on patient ?
3. Apakah ada kelainan pada pemeriksaan EKG Ya/Yes, yang menandakan miokardial infark akut ? dilakukan tanggal/done
Are there any abnormalities on the ECG indicating acute myocardial infarction ? Tidak/No
- Kelainan EKG berupa
ECG abnormalities are
4. Apakah ada nilai fraksi ejeksi ventrikel kiri di bawah 50 % ? Ya/Yes, dilakukan tanggal/dated
Is the Left Ventricle Ejection Fraction less than 50 % ? Tidak/No
5. Apakah dilakukan pemeriksaan enzim jantung ? Ya/Yes Tidak/No
Were cardiac enzyme tests done ?

Jika 'Ya', mohon dilampirkan hasilnya.

If 'yes', please attach results.

Jika 'Tidak', mohon sebutkan alasan mengapa pemeriksaan enzim jantung tidak diperiksa.

If 'No', please explain why cardiac enzymes were not tested.

6. Jika terdapat sumbatan pada pembuluh darah berikut, mohon beri tanda

If there are occlusions to the following blood vessels, please tick necessary box :

Left Main Coronary Artery :
sumbatan/occlusion %

Left Anterior Descending Artery :
sumbatan/occlusion %

Circumflex Artery :
sumbatan/occlusion %

Right Coronary Artery :
sumbatan/occlusion %

Mohon melampirkan hasil angiografi yang menandakan sumbatan di atas.

Please attached angiography results confirming above occlusions.

7. 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

Operasi jantung terbuka untuk perbaikan fungsi katup / Open Heart Valve Surgery

Coronary Artery Bypass Graft (CABG)

Operasi torakotomi pada Aorta / Aorta Surgery via thoracotomy

Balloon angioplasty

Pemasangan Defibrilator Jantung / Installation Cardiac Defibrillator

Keyhole Coronary Bypass

Coronary Artery Arthrorectomy

Transmyocardial Laser Revascularisation

Pemasangan alat Enhanced External Counterpulsation (EECP) / Installation of EECP

Pemasangan alat Pacu Jantung / Installation of pace maker

Pericardectomy

Pembedahan Katup Percutaneous, seperti valvuloplasty dan valvotomy / Percutaneous valve surgery, like valvuloplasty and valvotomy

Tindakan lainnya, mohon jelaskan / Other operations, please explain

8. Jika saat ini belum dilakukan CABG, apakah Dokter merekomendasikan dilakukan CABG ?

If CABG has not been performed, do you recommend this patient to perform CABG ?

Ya/Yes

Tidak/No

9. Apakah terdapat kondisi Kardiomiopati yang mengakibatkan penurunan fisik menetap minimal kelas 3 NYHA ?

Has it met criteria of cardiomyopathy that resulted in permanent physical limitation of at least class III NYHA ?

Ya/Yes

Tidak/No

Jika terdapat Kardiomiopati, apakah berhubungan dengan penyalahgunaan alkohol ?
If there is cardiomiopati are associated with alcohol abuse ?

Ya/Yes

Tidak/No

10. Mohon menuliskan pengobatan dan saran yang telah diberikan, beserta tujuannya.
Please describe any medication or suggestions given to patient and purpose of such medications/suggestions.

Tanggal <i>Date</i>	Jenis tindakan medis/pengobatan/saran <i>Type of medications/suggestions</i>	Tujuan <i>Purpose</i>

11. Mohon tuliskan informasi lainnya yang menurut Dokter dapat membantu kami untuk memproses klaim ini.

Please write any information which could assist us in assessing this claim.

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