

Diisi lengkap oleh dokter / to be completed by the doctor

Type of Critical Illness :

- () Kanker (Cancer)
- () Tumor Jinak Otak (Brain Tumor)

A Kanker (Cancer)

- 1 Apakah pasien menderita suatu Kanker In Situ ?
Are the patient suffered from In Situ Cancer ? Ya / Yes Tidak / No
- 2 Sebutkan jenis kanker dan organ tubuh yang terkena
Please describe about the type of cancer and the organ which is affected
-
- 3 Mohon jelaskan stadium TNM - nya, atau bila pasien menderita Leukemia, mohon dijelaskan jenisnya ?
Please describe the TNM stages or if the patient suffered from Leukemia, please explain the type ?
-
- 4 Apakah sudah terjadi invasi ataupun penyebaran ke jaringan sekitar ?
Are there any invasion or metastasis to the surrounding tissue ? Ya / Yes Tidak / No
- Jika sudah ada invasi atau metastasis, mohon dapat dijelaskan ke organ mana saja
If there's any invasion or metastasis, please explain which organ are affected with the cancer
-
- 5 Bagaimana hasil Patologi Anatomi (makroskopik dan mikroskopik). Mohon agar dapat dilampirkan hasilnya.
Please explain about the Pathology Anatomy result (macroscopy and microscopy) and attached the copy

B Tumor Jinak Otak (Brain Tumor)

- 1 Apakah operasi telah dilakukan ?
Has any surgery been done ? Ya / Yes Tidak / No
- Jika "Ya" mohon memberi tanda jenis operasi yang telah dilakukan / *If yes, please tick the necessary box below :*
- Pengangkatan Tumor Pituitary / *Pituitary Tumor Removal*
 - Pembedahan Burr Hole / *Burr Hole Surgery*
 - Pembedahan Radikal / *Radical Surgery*
 - Tindakan lainnya, mohon jelaskan / *Other operations, please explain*
- 2 Untuk Tumor Otak Jinak, apakah telah terjadi Kelainan Neurologik yang permanen ?
For Benign Brain Tumor, are there any permanent neurologic deficits ? Ya / Yes Tidak / No
- Mohon dapat dijelaskan Kelainan Neurologik yang terjadi pada pasien ini.
Please explain about the neurological deficit suffered from this patient
-
- 3 Apakah penyakit diatas berhubungan atau disebabkan oleh (mohon dapat dipilih jawaban dibawah ini) :
Is the condition above related or caused by (please choose an answer below) :
- Cacat bawaan / *Congenital*
 - HIV / AIDS
 - Penyalahgunaan alkohol / *Alcohol abused*


Saya menyatakan bahwa saya adalah Dokter yang merawat pasien dan semua keterangan dalam pernyataan ini adalah benar.
I hereby certify that I am the Doctor who treated the patient and all information in this form is correct

..... Tgl Bulan Tahun
Date Month Year

Tanda Tangan & Cap Dokter
Signature and stamp of the Doctor

PT Commonwealth Life

WTC 6, 8th Floor, Jl. Jend. Sudirman Kav 29-31, Jakarta 12920 Telp. (021) 570 5000, 2929 9500

Pusat Layanan Nasabah  Center 1-500 525 | Fax. (021) 520 6611 | Email: commcenter@commlife.co.id

www.commlife.co.id    CommLifeID