RAHASIA / *CONFIDENTIAL*

FORMULIR KLAIM PENYAKIT KRITIS - Penyakit Jantung

Critical Illness Claim Form - Heart Disease

Commonwealth Life

Diisi lengkap oleh dokter / to be completed by the doctor

Type of Critical Ilness (please tick the related box below) :

( ) Serangan Jantung (Myocardial Infarction)
( ) Penyakit Arteri Koronaria yang mensyaratkan Pembedahan (Coronary Artery By-pass Surgery)
( ) Operasi Katup Jantung (Heart Valve Surgery)
( ) Angioplasty
( ) Cardiomyopathy
( ) Penyakit Ateri Koroner Serius lainnya *(Other serious Coronary Artery Disease)*

1 Apakah terdapat riwayat nyeri dada yang khas dan mengarah pada serangan jantung ? ☐ Ya ☐ Tidak
Is there any history of specific chest pain that leads to a heart attack ? *Yes* *No*

2 Hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan (ECG, treadmill, enzim jantung, Imaging, angiografi, dll)
Results of any examination performed and provide remarks if any (ECG, Exercise stress test/treadmill, cardiac enzyme, imaging, angiography etc)

Pemeriksaan / Tests	Tanggal	Hasil / Result	
EKG			
Treadmill			
Enzim Jantung			
Angiography		Left Main Coronary	: ..... %
		Left Anterior Descending Artery	: ..... %
		Circumflex Artery	: ..... %
		Right Coronary Artery	: ..... %
Echocardiography			
Other Test			

* Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan
Please attach results of any examination

3 Apakah serangan jantung yang terjadi dikategorikan NSTEMI (Non ST Elevation Myocardial Infarction) ? ☐ Ya ☐ Tidak
Is the heart attack can be categorized as a NSTEMI (Non ST Elevation Myocardial Infarction) ? *Yes* *No*

4 Apakah operasi telah dilakukan ? ☐ Ya ☐ Tidak
Has any surgery been done ? *Yes* *No*

Jika ya, mohon berikan tanda / *If yes, please tick the related box below :*

( ) Operasi terbuka untuk memperbaiki dan mengganti katup jantung / Open Heart Valve Surgery
( ) Coronary Artery Bypass Graft (CABG)
( ) Operasi torakotomi pada Aorta/Aorta Surgery via thoracotomy
( ) Angioplasty
( ) *Pemasangan Defibrilator Jantung / Installation Cardiac Defibrilator*
( ) Keyhole Coronary Bypass
( ) *Coronary Artery Arthrectomy*
( ) *Transmyocardial Laser Revascularisation*
( ) Pemasangan alat Enhaced 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, likevalvuloplasty and valvotomy
( ) Tindakan lainnya, mohon jelaskan / Other operations, please explain ……

5 Untuk Kardiomiopati, apakah ditemukan penurunan fisik yang menetap minimal kelas III NYHA *) ? ☐ Ya ☐ Tidak
*For Cardiomyopathy, is there any limitation of physical activity of at least class III NYHA *) ?* *Yes* *No*

*) Kelas III – Ketidakmampuan yang bermakna ditandai dengan – pasien dalam kondisi yang nyaman dalam posisi istirahat tapi kemampuan dalam menjalankan aktivitas sehari-hari sangat terbatas dari biasanya dan menunjukan gejala-gejala dari gagal jantung kongestif
**) Class III - Marked limitation of physical activity - the sign are comfortable while resting but he ability to do daily activity is limited and showed a symptom of congestive heart failure such as fatigue, palpitation or dyspnea*

6 Apakah penyakit kritis yang diajukan berhubungan dengan penyalahgunaan alkohol atau obat-obatan ? ☐ Ya ☐ Tidak
Are the critical illness above associated with the alcohol or drug abuse ? *Yes* *No*

7 Apakah penyakit kritis yang diajukan berhubungan (langsung / tidak langsung) dengan HIV / AIDS ? ☐ Ya ☐ Tidak
Are the critical illness above associated (directly / indirectly) with HIV / AIDS ? *Yes* *No*

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 are correct

…… Tgl …… Bulan …… Tahun
Date *Month* *Year*

Tanda Tangan & Cap Dokter
Signature and stamp of the Doctor