

3. Menurut tertanggung sudah berapa lama gejala penyakit tersebut dirasakan

--

4. Berapa lama gejala tersebut menurut anda terakhir dirasakan ? Mohon jelaskan alasannya.

--

5. Dari **ANAMNESIS** anda, apakah Tertanggung sebelumnya pernah menderita kondisi di atas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini ?
Mohon uraikan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita Tertanggung.

Jenis Penyakit / Keluhan	Sejak kapan menurut ANAMNESIS anda

6. Kapankah tertanggung untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya ?

--

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

N a m a	A l a m a t

8. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan Tertanggung yang berhubungan dengan merokok, minuman beralkohol dan Obat terlarang. Sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.

--

B. RINCIAN MEDIS

1. Mohon jelaskan diagnosa anda secara rinci, dan kapan diagnosa tersebut dibuat.

2. Sebutkan jenis Tumor, dan terletak dibagian organ tubuh yang mana ?

3. Jelaskan hasil Patologi Anatomi yang telah dilakukan (makroskopik dan mikroskopik), mohon lampirkan foto copinya.

4. Jelaskan hasil pemeriksaan CT Scan atau MRI yang telah dilakukan, mohon lampirkan foto copinya.

5. Mohon gambarkan keadaan ini dengan menggunakan kriteria klasifikasi stadium yang tepat.

6. Apakah penyakit ini telah terlokalisir secara lengkap ?

7. Apakah penyakitnya sudah mempunyai anak sebar ? Dan adakah penyebaran pada jaringan-jaringan di sekitarnya ?

8. Apakah ada penyebaran ke jaringan tubuh yang berjauhan ?

9. Menurut TS, apakah sudah terjadi ancaman hidup akibat tumor ini ? Mohon jelaskan.

10. Apakah tumor sudah menimbulkan kerusakan otak ? Bila "Ya", bagian mana dan apa gejala yang ditimbulkannya ?

11 Apakah sudah ada gejala-gejala peningkatan tekanan di dalam tengkorak ? Bila "Ya", gejala apa yang timbul, mohon jelaskan.

12 Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan anda.

13 Tindakan atau Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini ?

14 Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang anda rujuk untuk perawatan Tertanggung selanjutnya.

N a m a	A l a m a t

15 Menurut pendapat anda, apakah kondisi yang diderita Tertanggung memenuhi definisi penyakit yang disebutkan pada halaman pertama ?

