

3. Berdasarkan ANAMNESISA, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini ? Mohon uraikan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita pasien.
Based on ANAMNESIS, has the patient previously suffered from the symptom above or any related disease ? Please give explanation about the disease / symptoms and since when was it detected

Penyakit - Gejala / Disease - Symptoms	Pertama Kali Terdeteksi / First Time Detected

4. Kapankah pasien pertama kali mengetahui tentang penyakitnya ?
When the patient first become aware of the illness ?

5. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien sebelumnya
Please give us the name and address of doctors/ specialist/ hospitals visited by the patient

Nama / Name	Alamat / Address

6. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan pasien yang berhubungan dengan merokok, alkohol dan obat terlarang Sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.
Please provide about the patient's habits in smoking, alcohol, and drug abuse. What kind and how many a day ?

B. RINCIAN MEDIS / MEDICAL DETAILS

1. Mohon jelaskan diagnosa secara rinci
Please provide your diagnosis in detail

Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan ?
First time diagnosis was made

2. Mohon jelaskan secara rinci gejala yang ada dan kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.
Please describe in detail the symptoms and when symptoms begin to appear.

3. Apakah ada gangguan pada alat pancaindra, cairan cerebrospinal atau gangguan ketegangan gerakan otot yang tidak normal ?
 Jika Ya, mohon jelaskan secara rinci
 Are there any abnormality in sensory organ, cerebrospinal fluid, or movement disorders of muscle tension ?
 If yes, please explain in detail

4. Mohon jelaskan otot-otot di bagian tubuh mana saja yang terkena.
 Please describe which muscles that affected

5. Dari pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah ditemukan adanya kekurangan kendali pada gaya berjalan dan keseimbangan?
 Jika Ya, mohon dijelaskan secara rinci
 According to the examination, is there any lack of control on gait and balance? If Yes, Please explain in detail

6. **Untuk Atrofi Otot Progresif** : Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pada pasien ditemukan adanya :
For Progressive Muscular Atrophy : According to the examination, is the patient suffered from :

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------|--------------------------|----------|
| a. <u>Penurunan masa otot</u>
The wasting of muscles | <input type="checkbox"/> | Ya/Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak/No |
| b. <u>Peningkatan spastisitas otot</u>
Increased spasticity of muscles | <input type="checkbox"/> | Ya/Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak/No |

7. **Untuk Sklerosis Lateral Amiotropik** : Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pada pasien ditemukan adanya :
For Amyotrophic Lateral Sclerosis : According to the examination, is the patient suffered from :

- | | | | | |
|--|--------------------------|--------|--------------------------|----------|
| a. <u>Kelemahan dan atrofi otot</u>
Muscular weakness and atrophy | <input type="checkbox"/> | Ya/Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak/No |
| b. <u>Disfungsi pada anterior cell horn</u>
Anterior horn cell dysfunction | <input type="checkbox"/> | Ya/Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak/No |
| c. <u>Fasikulasi otot yang terlihat</u>
Visible muscle fasciculations | <input type="checkbox"/> | Ya/Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak/No |
| d. <u>Hiperaktif refleks tendon dalam</u>
Hyperactive deep tendon reflexes | <input type="checkbox"/> | Ya/Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak/No |
| e. <u>Hiperaktif refleks plantar luar</u>
Hyperactive exterior plantar reflexes | <input type="checkbox"/> | Ya/Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak/No |
| f. <u>Disatria</u>
Dysarthria | <input type="checkbox"/> | Ya/Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak/No |
| g. <u>Disfagia</u>
Dysphagia | <input type="checkbox"/> | Ya/Yes | <input type="checkbox"/> | Tidak/No |

8. Berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan, apakah ada ciri-ciri kelemahan otot proksimal yang mendalam dan pengecilan otot, terutama dibagian kaki, diikuti oleh otot bawah? Jika Ya, mohon dijelaskan secara rinci
According to the examination, are there any profound proximal muscular weakness and wasting, primarily in the legs, followed by distal muscle involvement? If Yes, please explain in detail

9. Apakah ada kelumpuhan pada bagian kepala, kesulitan untuk mengunyah dan menelan, kesulitan dalam berbicara, muncul tanda-tanda secara terus-menerus terlibatnya saraf tulang belakang dan pusat motorik dalam otak dan kelemahan kejang dan atrofi otot pada tingkat ekstrim?
Jika Ya, mohon jelaskan secara rinci
Are there any paralysis in the head region, difficulties in chewing and swallowing, problems in speaking, persistent signs of involvement of the spinal nerves and the motor centres in the brain and spastic weakness and atrophy of the muscles of the extremities? If Yes, please explain in detail

10. Untuk Myasthenia Gravis, Dengan Menggunakan Klasifikasi Klinis dari Yayasan Myasthenia Gravis Amerika, termasuk kelas berapakah kondisi kelemahan otot yang diderita pasien? Mohon jelaskan
Based on The Myasthenia Gravis Foundation of America Clinical Classification, in which class the patient's muscular weakness condition belong ?

11. Apakah didapatkan atrofi otot tulang belakang yang ditandai dengan disfungsi progresif dari sel tanduk anterior pada susunan tulang belakang dan saraf kranial batang otak dengan kelemahan yang mendalam dan disfungsi bulbar ? Jika Ya, mohon di jelaskan
Is there any spinal muscular atrophy characterised by progressive dysfunction of the anterior horn cells in the spinal cord and brainstem cranial nerves with profound weakness and bulbar dysfunction?

12. Untuk Amiotrofi Tulang Belakang : Termasuk dalam tipe berapakah Amiotrofi tulang belakang yang terjadi?
For Spinal Amiotrophy : in which type Spinal Amiotrophy the patient condition belong ?

13. Apakah diagnosa telah ditegakan dengan menggunakan :
Had the diagnosis been confirmed by :

- | | | |
|---|------------------------------------|--------------------------------------|
| a. <u>Electromiogram ?</u>
<i>Electromyogram ?</i> | <input type="checkbox"/> Ya
Yes | <input type="checkbox"/> Tidak
No |
| b. <u>Biopsi otot ?</u>
<i>Muscle biopsy ?</i> | <input type="checkbox"/> Ya
Yes | <input type="checkbox"/> Tidak
No |

14. Mohon lampirkan semua hasil laporan pemeriksaan neurologi, hasil electromiogram, biopsi otot, hasil laboratorium dan lain-lain telah dilakukan dan hasil / kesimpulan yang ada
Please attach results of any examination performed (neurology examination, electromyogram, muscle biopsy, laboratory etc) and provide the result / summary

15. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini ?
What is the treatment being done for the recovery and what is medication that patient having right now ?

16. Bagaimana keadaan pasien saat ini dan bagaimana prognosisnya ? Mohon jelaskan secara rinci.
How is the current state of the patient and how is the prognosis ? Please explain in detail.

17. Apakah pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan orang lain ? Ya / Yes Tdk / No
Can the patient to daily activities without any help from others ?

Jika jawaban tidak, Aktivitas sehari-hari yang tidak dapat dilakukan oleh pasien adalah :
If No, Patient can not do daily activity such as :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mandi / <i>Taking bath</i> | <input type="checkbox"/> Buang Air / <i>Relieving</i> |
| <input type="checkbox"/> Berpakaian / <i>Dressing</i> | <input type="checkbox"/> Beralih tempat (naik atau turun dari tempat tidur) / <i>Moving</i> |
| <input type="checkbox"/> Menyuaip / <i>Feeding</i> | <input type="checkbox"/> berpindah dari satu tempat ke tempat lain pada lantai yang datar tanpa menggunakan kursi roda / <i>Transferring</i> |

Jika jawaban tidak, Sudah berapa lama pasien tidak bisa melakukan aktivitas tersebut diatas ?
If No, For how long did the patient can't do the above activity ?

18. Mohon berikan nama dan alamat dokter / rumah sakit rujukan untuk perawatan selanjutnya.
Please give us the name and address of doctors / hospitals refferal for further treatment

Nama / <i>Name</i>	Alamat / <i>Address</i>

