



4. Dari ANAMNESISA Anda, apakah pasien 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 pasien.  
*Based on your ANAMNESIS, has the patient previously suffered from the condition specified above or any related illness? Please state what kind of illness/complaints and since when was it detected?*

Gejala-Penyakit/ <i>Symptom-Disease</i>	Pertama kali terdeteksi/ <i>First detected</i>

5. Kapankah pasien untuk pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?  
*When did the patient first become aware of his/her illness?*

6. Mohon berikan nama dan alamat dokter/spesialis/rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien sebelumnya.  
*Please provide the name and address of the doctors/specialist/hospitals which the patient had attended and the date of last attendance.*

N a m a/ <i>N a m e</i>	Alamat/ <i>Address</i>

7. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan pasien yang berhubungan dengan merokok, minuman beralkohol dan Obat terlarang. Sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.  
*Please give details 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 Anda secara rinci  
*Please provide your diagnosis.*

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

2. Mohon jelaskan secara rinci lokasi anggota tubuh yang mengalami kelumpuhan  
*Please provide which part of body has been paralysis.*

3. Mohon jelaskan sebab terjadinya kelumpuhan tersebut  
*Please explain the cause of paralysis*

4. Mohon jelaskan tonus dan kekuatan otot anggota tubuh yang mengalami kelumpuhan  
*Please provide about tonus and strength the body muscle.*

5. Apakah kelumpuhan tersebut akan berlangsung permanen?  Ya/Yes  Tidak/No  
*Is the paralysis permanently suffered?*

6. **Untuk kondisi Kehilangan Fungsi Anggota Gerak:** Apakah ada anggota badan dari sendi siku/pergelangan tangan atau lutut/pergelangan kaki yang mengalami putus secara total?  Ya Yes  Tidak No  
**For the condition of Loss of Limb:** *Is any part of body from elbow/wrist or knee/ ankle joint suffered from Total loss?*

Jika Ya, mohon jelaskan anggota badan tersebut  
*If Yes, please explain the part of body*

- Apakah kondisi kehilangan fungsi anggota gerak tersebut dapat disembuhkan?  Ya/Yes  Tidak/No  
*Is the loss of limb can be cured?*

7. Tindakan atau pengobatan apa yang telah dilakukan terhadap penyebab terjadinya kelumpuhan?  
*What kind of treatment or medication has been done to the cause of paralysis?*

8. Mohon kami dilampirkan laporan medis, hasil laboratorium dan hasil-hasil test yang mendukung diagnosis penyakit di atas yang telah Anda lakukan  
*Please attached with medical report, result of laboratorium and supporting the diagnosis*

Jenis Pemeriksaan/Tests	Kesimpulan/Results

