

FORMULIR PERTANYAAN KESEHATAN KELENJAR GONDOK (TIROID)

- Mohon mengisi dengan jelas menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak memberi tanda ✓ pada kotak jawaban yang sesuai.
- Jika terjadi salah penulisan, mohon tidak dihapus melainkan dicoret dan ditandatangani oleh Calon Pemegang Polis/Pemegang Polis sesuai dengan jenis Identitas Diri (ID) yang dilampirkan.
- Untuk mempercepat proses pengajuan Anda, mohon melengkapi seluruh persyaratan yang tertera di formulir ini.

No. SPAJ/Polis

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nama Lengkap

(sesuai identitas diri)

1. Mohon jelaskan riwayat penyakit Kelenjar Gondok (Tiroid) yang Anda rasakan/alami:

a. Sebutkan gejala penyakit tersebut.

b. Apakah gejala tersebut masih dirasakan hingga saat ini? Ya Tidak

c. Apakah Anda pernah berkonsultasi atau berobat ke Dokter/Rumah Sakit/Klinik? Ya, mohon lengkapi data di bawah ini. Tidak

Kapan Diagnosis Dokter Ditegakkan	Diagnosis Dokter																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	d	d	m	m	y	y	y	y																									<input type="checkbox"/> Penurunan hormon kelenjar tiroid (<i>Hipotiroidisme</i>)
d	d	m	m	y	y	y	y																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	d	d	m	m	y	y	y	y																									<input type="checkbox"/> Peningkatan hormon kelenjar tiroid (<i>Hipertiroidisme</i>)
d	d	m	m	y	y	y	y																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	d	d	m	m	y	y	y	y																									<input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan: <input style="width: 100%;" type="text"/>
d	d	m	m	y	y	y	y																										

2. Mohon jelaskan riwayat penyakit penyerta yang Anda rasakan/alami (jika ada):

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Gangguan/Kelainan	Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	d	d	m	m	y	y	y	y																									<input type="checkbox"/> Gangguan pada mata Jelaskan: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
d	d	m	m	y	y	y	y																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	d	d	m	m	y	y	y	y																									<input type="checkbox"/> Gangguan pada jantung Jelaskan: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
d	d	m	m	y	y	y	y																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	d	d	m	m	y	y	y	y																									<input type="checkbox"/> Gangguan pada tumbuh kembang Jelaskan: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
d	d	m	m	y	y	y	y																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	d	d	m	m	y	y	y	y																									<input type="checkbox"/> Lainnya, jelaskan: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
d	d	m	m	y	y	y	y																											

3. Apakah pernah dilakukan pemeriksaan Laboratorium, pemeriksaan penunjang/diagnostik untuk penyakit tersebut?

(Misal: Pemeriksaan darah, USG tiroid, Rekam jantung (ECG), Pemindaian tubuh (CT-Scan/MRI), Rontgen, dll).

 Ya, mohon lengkapi data di bawah ini. Tidak

Tanggal Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Hasil Pemeriksaan	Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	d	d	m	m	y	y	y	y																											
d	d	m	m	y	y	y	y																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	d	d	m	m	y	y	y	y																											
d	d	m	m	y	y	y	y																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	d	d	m	m	y	y	y	y																											
d	d	m	m	y	y	y	y																												

4. Apakah Anda pernah menjalani rawat inap?

 Ya, mohon lengkapi data di bawah ini dan lampirkan salinan dokumen hasil pemeriksaan/perawatan (resume medis berdiagnosis). Tidak

Tanggal Perawatan	Lama Perawatan (hari)	Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	d	d	m	m	y	y	y	y																										
d	d	m	m	y	y	y	y																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	d	d	m	m	y	y	y	y																										
d	d	m	m	y	y	y	y																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	d	d	m	m	y	y	y	y																										
d	d	m	m	y	y	y	y																											

5. Mohon jelaskan riwayat pengobatan penyakit tersebut:

a. Sebutkan obat apa saja yang Anda konsumsi.

Dalam 12 (dua belas) Bulan Terakhir			Sedang/Masih Dikonsumsi Saat Ini		
Nama Obat	Dosis (Mg)	Frekuensi Minum Obat/Hari	Nama Obat	Dosis (Mg)	Frekuensi Minum Obat/Hari

b. Apakah Anda pernah menjalani operasi/pembedahan?

 Ya, mohon lengkapi data di bawah ini dan lampirkan salinan dokumen hasil patologi anatomi (PA). Tidak

Tanggal Operasi/Pembedahan	Hasil Operasi/Pembedahan	Nama dan Alamat Dokter/Rumah Sakit/Klinik																																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	d	d	m	m	y	y	y	y																										
d	d	m	m	y	y	y	y																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	d	d	m	m	y	y	y	y																										
d	d	m	m	y	y	y	y																											
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">d</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">m</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td><td style="width: 15%;">y</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	d	d	m	m	y	y	y	y																										
d	d	m	m	y	y	y	y																											

