

Nomor SPAJ/K:

**DAFTAR PERTANYAAN TENTANG PENYAKIT AYAN
(Hanya diisi oleh dokter)**

Nama Calon Tertanggung/Peserta: _____

Tanggal Lahir: _____

1. Tipe atau jenis ayam dan tanggal serangan pertama:
_____2. Jenis dan frekwensi dari serangan:
_____3. Tanggal serangan terakhir:
_____4. Adakah tanda-tanda *episodes of status epilepticus*?
Bila jawaban "Ya", bilamana?
_____5. Berikan penjelasan dari pengobatan yang diberikan:
_____6. Apakah pasien Anda menjaga kondisi kesehatannya dengan baik?
_____7. Berikan tanggal dan hasil pemeriksaan EEG:
_____8. Apakah Anda mengetahui tanda-tanda komplikasi dan kondisi dari pasien Anda (kebiasaan, keadaan mental yang tidak normal, dsb) ?
Bila "Ya", berikan penjelasan :

Ditandatangani di _____

Tanggal _____

Jika diisi oleh dokter, harap dilengkapi dengan:

Nama dokter : _____

Alamat lengkap : _____

Tanda tangan & cap dokter : _____

Mengetahui,

Tanda Tangan
Calon Tertanggung/Peserta