

Nomor SPAJ/K: .....

**DAFTAR PERTANYAAN TENTANG TUMOR  
( Hanya diisi oleh dokter )**

Nama Pemegang Polis:

Nama Calon Tertanggung/Peserta:

Tanggal Lahir:

1. Dimana letaknya tumor?

Organ mana yang terkena?

Bagaimana histologisnya?

2. Pada saat pengobatan dimulai, dalam stadium berapa tumor tersebut?

Apakah tumor terlokalisir?

Apakah tumor terpisah dari aliran darah dan organ lain?

Apakah ada kelenjar limfe regional yang terkena?

( Jika "Ya", berapa %? )

Apakah sudah ada metastase? ( Jika "Ya", berikan penjelasan )

3. Pengobatan apa yang diberikan? ( Harap cantumkan tanggal )

F Operasi radikal

F Operasi paliatif

F Terapi penyinaran

F Terapi hormon

F Kemoterapi

F Terapi radio-isotop

4. Apakah ada pengobatan spesifik yang perlu diberikan lebih dari 6 (enam) bulan setelah pengobatan pertama dimulai? ( Jika "Ya", berikan penjelasan )

5. Jika sudah sembuh, apakah ada tanda-tanda untuk kambuh ?

6. Jika ada pemeriksaan histologis lebih lanjut ( pada follow-up ), harap jelaskan hasilnya dan cantumkan tanggal.

Ditandatangani di \_\_\_\_\_

Tanggal \_\_\_\_\_

Jika diisi oleh dokter, harap dilengkapi dengan:

Nama dokter : \_\_\_\_\_

Alamat lengkap : \_\_\_\_\_

Tanda tangan &amp; cap dokter : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan  
Calon Tertanggung/Peserta