

Kuesioner Gangguan Struktur Jantung (diisi oleh Pemeriksa Kesehatan)

1. (a) Please give the diagnosis. *Mohon jelaskan hasil diagnosanya*

- (b) Please indicate degree of severity. / *Mohon indikasikan tingkat keparahannya*

i)	Minimal / <i>Sedikit</i>	[]	Moderate / <i>Sedang</i>	[]
ii)	Mild / <i>Ringan</i>	[]	Severe / <i>Sulit/Parah</i>	[]

- (c) Any murmur? (If murmur present, please describe below) Yes / Ya No / Tidak
Ada keluhan? (Jika ada keluhan, tolong dijelaskan dibawah). [] []

Location / <i>Lokasi</i>	:	Parasternal []	Apex []	Aortic Area []
		Pulmonary Area []	Base []	

Timing / <i>Waktu</i>	:	Systolic []	Diastolic []
		Pulmonary Area []	Panystolic []

Intensity / *Intensitas* : Soft / *pelan* [] Moderate/*sedang* [] Loud / *kuat* []

Transmission / *Transmisi* : None / *tidak ada* [] Axilla [] Scapula []

After exercise / <i>Setelah latihan</i>	:	Absent / <i>Tidak ada</i> []	Decreased / <i>Berkurang</i> []
		Unchanged / <i>Tidak ada perubahan</i> []	Increased / <i>Bertambah</i> []

2. When and at which hospital was the diagnosis first made?
Kapan dan di rumah sakit mana diagnosis pertama dibuat?

3. Please advise the results of any investigations including chest X-rays, ECHO and ECG/Ex ECG.
Mohon jelaskan hasil tes/pemeriksaan yang dilakukan, termasuk X- rays, ECHO dan ECG/Ex ECG.

<u>Date / <i>Tanggal</i></u>	<u>Test done / <i>Tes dilakukan (jenis pemeriksaan)</i></u>	<u>Results / <i>Hasil</i></u>

- 4 (a) Please advise of any cardiac surgery that has been carried out (date, procedure and at which hospital)
Mohon jelaskan dan sebutkan operasi jantung yang pernah dilakukan (tanggal, prosedur dan di rumah sakit mana)

- (b) Or any future intention to do so (if any).
Atau adakah keinginan untuk melakukan hal tersebut (jika ada).

5. Please give details of current symptoms including limitation of functional capacity.
Mohon informasikan secara rinci mengenai gejala saat ini termasuk keterbatasan pada kapasitas fungsi.

6. What is the current therapy? / *Apakah terapi yang dilakukan sekarang?*

- 7 (a) Are there any associated complications? eg. :- If yes, please give the details.
Apakah ada komplikasi yang berkaitan dengan itu? Contohnya : Jika ada, mohon informasikan secara rinci.

	<u>Yes / Ya</u>	<u>No / Tidak</u>
i) Arrhythmia / Aritmia	[]	[]
ii) Heart Enlargement / Pembesaran jantung	[]	[]
iii) Hypertension / Tekanan darah tinggi	[]	[]
iv) Other / Lain-lain	[]	[]

- (b) If any Heart Enlargement, please indicate the CT Ratio.
Jika terdapat pembesaran jantung, mohon sertakan rasio CT nya.

8. Please give details of any off work or off school.
Mohon informasikan secara rinci kapan nasabah cuti kerja atau cuti sekolah sehubungan gangguan jantung tersebut

Date / Tanggal : _____ to / sampai _____

9. Is the patient attending any regular out-patient/specialist follow up? (If yes, please give hospital name, dates etc..)
Apakah pasien melakukan rawat jalan/konsultasi spesialis? (Jika ya, mohon informasikan nama rumah sakit, tanggal, dll)

NOTE / NOTA :-

Minimal	:-	Murmur grade 1-2/6, normal exercise tolerance. No cardiomegaly . CXR/ECG Normal. Echo Doppler : minimal regurgitation.
Minimum	:-	Keluhan tingkat 1-2/6, toleransi latihan normal. Tidak ada kardiomegali. CXR/ECG biasa. Eko Doppler : sedikit regurgitasi.
Mild	:-	Murmur grade 2-3/6, normal exercise tolerance. No cardiomegaly. CXR normal. Echo LVEDD<55MM. Doppler echo : Mild regurgitation.
Ringan	:-	Keluhan tingkat 2-3/6, toleransi latihan normal. Tidak ada kardiomegali. CXR biasa. Eko LVEDD<55mm. Eko Doppler : regurgitation ringan.
Moderate	:-	Murmur grade 2-4/6, slightly impaired exercise tolerance. Slight heart enlargement CT ratio>55%. ECG : Left atrial enlargement.
Sedang	:-	Keluhan tingkat 2-4/6, toleransi latihan sedikit terganggu. Sedikit pembesaran jantung. CT ratio>55%. ECG : pembesaran atrium kiri .
Severe	:-	Mumur grade 4-6/6, moderately impaired exercise tolerance. CT ratio>55%. Left atrial enlargement with T-wave changes. LVEDD>60mm. Doppler echo : marked regurgitation.
Parah	:-	Keluhan tingkat 4-6/6, toleransi latihan cukup terganggu. CT ratio>55% Pembesaran atrium kiri dengan perubahan gelombangT. LVEDD>60mm. Echo Doppler: regurgitasi yang jelas..

Signature of Medical Examiner / :
Tandatangan Pemeriksa Medis.....

Date / Tanggal :
.....

Name / Nama :

Clinic Stamp / :
Cap klinik