



**Kesehatan Alami Terintegrasi**

**HealthGuard 138™**  
**Diagnostik Mendalam & Terapi Alami**

*Biarkan **Terapi Alami** Dimulai*

## BAGIAN SATU : MENGENAL ANDA

Nama Lengkap Pasien

Keanggotaan

Saya pasien member BSI

Saya belum menjadi member

Kontak

Profesi

Status Pekerjaan

Bekerja penuh waktu  
Pensiun

Tidak bekerja  
Self-employed

Sedang berlibur  
Lainnya, mohon komentar

Lokasi Anda saat ini

Email

Silahkan pilih di mana Anda ingin bertemu dengan Dokter BSI ...

Canggu / Tibubeneng, Dokter Vincent, untuk semua layanan

Ubud / Sanggingan, Dokter Steven, untuk semua layanan

GWK / Jimbaran, Dokter Igo, untuk semua layanan

GWK / Jimbaran, Dokter Mona, untuk semua layanan

Kewarganegaraan

Kapan Anda ingin membuat janji temu ?

Yang menyarankan Anda

Beritahu kami layanan apa yang Anda inginkan di BSI ...

Program Deep Dive Parasit & Penyakit Serta Pengobatannya - Rp. 5.900.000

Hormon & Kesuburan Wanita, Pengujian & Diagnosa dengan Terapi Alami - Rp. 7.700.000

Hormon & Kesuburan Pria, Pengujian & Diagnosa dengan Terapi Alami - Rp. 7.700.000

Parameter waktu layanan

Saya berada di Bali selama 6 minggu atau lebih, dan dapat menerima layanan penuh (disarankan).

Saya berada di Bali selama 3 minggu dan dapat menerima layanan yang dipercepat, dengan sisa terapi yang dapat dibawa pulang, dengan konseling melalui email.

Saya berada di Bali 1-2 minggu, dan dapat memulai layanan, dengan sisa terapi yang dibawa pulang, dengan konseling melalui email.

Saya berada di Bali selama 3-4 hari kerja, dan dapat menerima tes awal dan hasil tes. Terapi akan dilakukan ketika saya kembali dalam waktu kurang dari 1 bulan.

Saya berada di Bali selama 1-2 hari kerja, dan dapat menerima tes awal saja. Saya dapat menerima hasil tes melalui email, dengan konseling melalui email dalam waktu kurang dari 1 minggu (biaya tambahan). Terapi akan dilakukan ketika saya kembali dalam waktu kurang dari 1 bulan.

Saya berada di Bali selama 1-2 hari kerja, dan dapat menerima tes awal saja. Saya dapat menerima hasilnya melalui email, dengan konseling video secara online selama satu jam, dikombinasikan dengan konseling email berikutnya. Panggilan video harus dilakukan dalam waktu kurang dari satu minggu. (Biaya tambahan). Terapi akan dilakukan ketika saya kembali dalam waktu kurang dari 1 bulan.

## BAGIAN KEDUA : INFORMASI PENTING PASIEN

Apakah Anda mampu merawat diri sendiri, mampu berjalan?

YA, saya bisa merawat diri sendiri dan berjalan

TIDAK, saya tidak bisa merawat diri sendiri dan berjalan

Jenis kelamin

Laki-laki

Perempuan

Pilihan Lainnya

Usia Anda

Kepercayaan

Tanggal Lahir

## BAGIAN KETIGA : PERMINTAAN LAYANAN OLEH PASIEN

Jelaskan secara lengkap penyakit atau kekhawatiran Anda

Berat badan saat ini

Tinggi badan saat ini

Golongan darah (jika tahu)

Thalasemia

Tidak, saya tidak mengidap thalasemia

Ya, saya mengidap thalasemia

Hemofilia

Tidak, saya tidak mengidap Hemofilia

Ya, saya mengidap Hemofilia

Jelaskan kebiasaan olahraga Anda

Tipe 0: Tidak banyak. Tidak banyak bergerak.

Tipe 1: Sesekali berjalan singkat, relaksasi

Tipe 2: Yoga, Pilates, peregangan, dll. Sesekali menaikkan detak jantung

Tipe 3: Sesekali atau sering berlari, melompat, trampolin, jogging, menunggang kuda

Tipe 4: Angkat beban, pembentukan otot, (latihan ketahanan)

Tipe 5: Super Atletis, berlatih atau berolahraga hampir setiap hari.

Tingkat stres

1 (Tidak ada atau sangat sedikit stres, santai, puas)

2 (Stres yang normal dalam mengelola rumah atau lingkungan sekitar, tetapi bahagia)

3 (Stres normal karena pekerjaan atau hubungan yang menantang, bisa membutuhkan lebih banyak istirahat)

4 (Stres pekerjaan sedang, emosi yang menantang, sedikit rewel tetapi dapat mengatasinya)

5 (Stres sedang atau lebih tinggi akibat penyakit dan/atau kehidupan rumah tangga/kehidupan kerja, butuh cuti tapi tidak bisa)

6 (Sangat stres dan emosional, butuh jarak, sesekali membentak/membentak orang lain)

7 (Kemarahan atau kesedihan ringan hampir sepanjang waktu. Bekerja keras untuk menghindari konflik dengan orang lain, mungkin sedang mengonsumsi obat-obatan terkait)

8 (Sering marah, depresi, tidak ada yang masuk akal, terlalu jenuh dengan lingkungan dan masyarakat, membentak atau menyerang orang lain)

9 (Tidak ada harapan, tidak ada kesabaran, di luar kemampuan untuk tenang atau santai, tidak bisa tidur)

10 (Merasa sama sekali tidak berguna, menahan diri dari kontak publik, sepenuhnya anti-sosial)

## Waktu biasanya saya tidur

## Waktu biasanya saya bangun

### Tidur siang

- Saya tidak tidur siang
- Saya tidur siang (berapa banyak selama seminggu)
- Saya biasanya tidur siang (berapa lama)

### Kebiasaan tidur

- Saya diberitahu bahwa saya mendengkur di malam hari
- Saya pulih dari jet lag dengan susah payah
- Saya mengalami kesulitan untuk tidur
- Saya tertidur lelap
- Jam tidur saya sudah cukup
- Saya merasa kuat setelah tidur
- Saya puas dengan tidur saya
- Saya memiliki pikiran yang jernih setelah tidur
- Saya terbangun saat tidur
- Saya mudah terbangun karena suara bising
- Saya mengalami kesulitan untuk kembali tidur ketika terbangun di tengah malam
- Saya berguling-guling
- Saya tidak pernah kembali tidur setelah terbangun saat tidur

- Kurang tidur membuat saya sakit kepala
- Tidur yang buruk membuat saya jengkel
- Kurang tidur membuat saya kehilangan nafsu makan
- Kurang tidur membuat saya sulit berpikir
- Kurang tidur membuat saya sulit berkonsentrasi
- Kurang tidur membuat saya kehilangan minat pada pekerjaan atau orang lain
- Kurang tidur membuat saya lebih mudah melupakan sesuatu
- Kurang tidur membuat saya kehilangan keinginan dalam segala hal
- Rasa kantuk mengganggu kehidupan sehari-hari saya
- Saya mengalami kesulitan untuk bangun dari tempat tidur
- Saya ingin tidur lebih banyak setelah bangun tidur
- Saya merasa segar setelah tidur

### Masukkan komentar Anda

## BAGIAN EMPAT : PERTANYAAN KESEHATAN UMUM

### Pola makan. Apakah pasien mengonsumsi makanan ini mingguan atau harian ?

- Produk gandum (pasta, mie, roti dll?)
- Sering makan makanan manis / gula, jajan, permen dll?
- Makanan cepat saji, keripik, kue, permen, dll.
- Produk susu (susu, es krim, keju, yoghurt, dll.)
- Produk kedelai (tahu, tempe, kecap, tepung kedelai, dll.)
- Daging olahan yang sudah dikemas sebelumnya (daging kalengan dalam bentuk apa pun, campuran daging, daging asap, daging bekal, sosis, dll.)
- Mengonsumsi makanan dalam kemasan kotak, kaleng, kantong, dan makanan siap saji dari supermarket (sereal, makanan beku, dll.)
- Lemak berkualitas rendah, (minyak kedelai, kanola, jagung, minyak yang sangat diproses, mentega yang dihidrolisis, dll.)
- Jus, jus perasan dingin, smoothie, shake, dll.
- Makanan bubuk (spirulina, chlorella, whey, campuran atletik, dll.)
- Sup, semur, dll.
- Kopi, teh, ginseng, cokelat (makanan atau minuman yang mengandung kafein)
- Alkohol, bir, anggur, minuman campuran. Seberapa sering, dan jenisnya
- Air tawar yang bersih. Saya minum berapa banyak setiap hari

### Masukkan komentar Anda

"Makanan putih" (nasi putih, mie putih, roti putih, gula putih, susu putih, garam putih, dll.)  
Makanan mentah (salad, kacang-kacangan, sushi, dll.)  
Minyak biji seperti biji kapas, kedelai, kanola, jagung, kelapa sawit, dll.  
Minyak kelapa extra virgin murni (EVCO) atau minyak zaitun extra virgin  
Makanan liar atau semi-liar, seperti alpukat, mangga, kelapa, ikan laut segar, buah beri, dll.  
Lainnya yang tidak tercantum di atas. Mohon jelaskan.

### Makanan dan Minuman yang dikonsumsi SETIAP HARI

#### Apakah Anda makan di restoran / kafe / pedagang kaki lima, dll?

Jika memungkinkan, beri tahu kami nama-nama restoran yang paling sering Anda kunjungi, dan ulasan Anda tentang restoran tersebut. Kami menerbitkan daftar restoran yang cocok untuk pasien kami.

Hampir tidak pernah  
1-3 kali seminggu  
3-6 kali seminggu  
1 kali setiap hari  
2 kali setiap hari  
3 kali setiap hari

Masukkan komentar Anda

#### Suplemen nutrisi

Vitamin A / total setiap hari  
Vitamin B Kompleks atau vitamin B tunggal / total harian  
Tablet vitamin C, pil, bubuk, dll. / Total setiap hari  
Vitamin D / total setiap hari  
Vitamin E / total setiap hari  
Mineral, gabungan atau tunggal / total harian  
Serbuk hijau, spirulina, chlorella, dll. / Total setiap hari  
Bubuk / minuman pembentuk tubuh, dll. / kapan dan berapa banyak  
Probiotik. Harap sebutkan jenis dan seberapa sering  
Suplemen herbal / teh, bubuk, dll.  
BSI Therapure Nutraceuticals yang dikonsumsi saat ini atau di masa lalu  
Suplemen / obat / vitamin injeksi / kapan dan total  
Suplemen lainnya yang tidak tercantum di sini  
Tidak satu pun

Masukkan komentar Anda

#### Pertanyaan umum tentang kesehatan

Nyeri kronis atau sesekali  
Demam baru-baru ini  
Cidera baru  
Cidera lama  
Dingin menggigil atau berkeringat dingin  
Tekanan darah tinggi  
Tekanan darah rendah  
Tungkai dan kaki (bengkak, sendi kaku, dll.)  
Arteriosklerosis (arteri tersumbat)  
Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

## Otak dan area kepala

Botak, rambut rontok, kulit kepala berjerawat, rambut menipis atau rontok sebelum waktunya  
Sakit kepala karena tekanan  
Sakit kepala yang berdenyut  
Sakit kepala bagian belakang  
Sakit kepala pada dahi  
Sakit kepala di sekitar atau di belakang mata  
Memori hilang  
Pusing atau pingsan  
Didiagnosis dengan tumor atau penyakit otak  
Riwayat cedera otak atau kepala  
Operasi otak  
Gugup, gemetar, kurang kontrol motorik, dll.  
Kelumpuhan di bagian tubuh/ lemah anggota gerak  
Kurang sensitivitas sensorik (kebas, dll) di bagian tubuh mana saja  
Kepekaan berlebihan di bagian tubuh mana saja  
Stroke  
Masalah kulit kepala, ketombe, gatal, mengelupas, dll.  
Tumor, pertumbuhan, tahi lalat, kutil, dll di kulit kepala atau kepala  
Operasi kepala lainnya, seperti di telinga, hidung, leher dll  
Sesuatu yang tidak tercantum di atas  
Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

## Gigi dan Mulut

Saya memiliki gigi dan gusi yang sangat sehat  
Saya memiliki gigi yang hilang, berapa banyak  
Saya memiliki gigi yang terkelupas atau sebagian  
Saya memiliki gigi yang sakit atau membusuk  
Saya mengalami gusi berdarah  
Saya memiliki gusi yang surut  
Saya memiliki gigi palsu  
Semua atau sebagian besar gigi asli telah dicabut  
Saya memiliki tambalan amalgam, berapa banyak  
Saya memiliki tambalan keramik, berapa banyak  
Saya memiliki tutup gigi atau mahkota pada gigi asli  
Saya memiliki saluran akar dengan metode baru yang lebih baru  
Saya memiliki saluran akar dengan metode yang lama  
Saya memakai atau pernah memakai kawat gigi  
Saya memiliki gigi palsu atau jembatan gigi  
Saya memiliki sariawan atau pertumbuhan di dalam mulut atau lidah saya  
Saya menderita atau pernah menderita herpes mulut  
Saya kehilangan indera perasa atau penciuman  
Saya menggunakan obat kumur komersial  
Saya diberitahu bahwa saya memiliki bau mulut hampir sepanjang waktu  
Saya memiliki jumlah lendir atau air liur yang berlebihan

Masukkan komentar Anda

## Gangguan tiroid / pembengkakan

Masukkan komentar Anda

Minum obat tiroid  
Mengalami operasi atau pengangkatan tiroid  
Area tiroid meradang atau kesakitan  
Terkena radiasi nuklir yang mungkin mempengaruhi tiroid  
Tidak pernah atau tidak yakin

## Sinus, telinga, tenggorokan

Masukkan komentar Anda

Infeksi telinga/ sinus baru-baru ini atau sudah lama  
Adakah pembengkakan atau nyeri di area tenggorokan  
Operasi yang dilakukan di area tenggorokan  
Kelenjar getah bening yang bengkak atau nyeri di leher atau tenggorokan  
Suara serak atau kering  
Benjolan atau bintil keras di mana saja di dalam mulut, sinus, gusi  
Kesulitan menelan  
Lendir lengket di daerah tenggorokan  
Sesuatu yang tidak tercantum di atas  
Tidak pernah atau tidak yakin dengan semua hal di atas

## Mata

Masukkan komentar Anda

Objek melayang dalam penglihatan?  
Penglihatan terowongan/ menyempit (tunnel vision)  
Penglihatan malam yang buruk  
Pakai lensa korektif  
Operasi mata (penyelarasan, Lasix, perbaikan, dll.  
Kebutaan penuh atau parsial  
Sesuatu yang tidak tercantum di atas  
Tidak ada satu pun

## Sistem pencernaan

Masukkan komentar Anda

Kesulitan ketika menelan  
Masalah pencernaan spesifik pada hati, kantung empedu, pankreas, lambung, usus, dll.  
Diabetes / hipoglikemia / menginginkan gula  
Terkadang atau sering mengalami konstipasi  
Kembung, gangguan pencernaan, diare, muntah, gas yang berlebihan, dll  
Diare sesekali atau sering  
Tinja berwarna aneh, abu-abu, kuning, hijau, merah, hitam  
Pendarahan dubur, atau darah dalam tinja  
Wasir  
Anus gatal atau iritasi  
Kram, sakit perut  
Kondisi lain yang tidak ada dalam daftar di atas  
Tidak ada satu pun

## Permukaan kulit dan tubuh

Masukkan komentar Anda

Keringat berlebihan atau bau badan  
Kulit kering atau bersisik  
Pertumbuhan, infeksi kulit, kelainan kulit apa saja pada tubuh  
Memar yang berlebihan, perubahan warna atau bintik-bintik

Varises / Tromboflebitis

Memakai produk pengelupasan kulit (eksfoliat) kosmetik / Glycolic Acid

Pernahkah Anda mendapat suntikan Botox atau sejenisnya

Perubahan atau kelainan kuku. Tolong jelaskan

Operasi / transplantasi kulit apa pun. Bagaimana hasilnya

Kaki dan paha (bengkak, kaku sendi, dll.)

Kondisi lain yang tidak ada dalam daftar di atas

Tidak ada satu pun

### Sistem pernapasan

Gangguan asma / paru-paru

Sesak napas

Batuk kronis dan / atau nyeri dada

Infeksi yang sering terjadi

Sinus dan / atau infeksi telinga? Bagaimana perawatannya

Kondisi lain yang tidak ada dalam daftar di atas

Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

### Merokok

Rokok tembakau, merek apa, seberapa sering, dari kapan hingga kapan

Vaping. Merek apa, seberapa sering, dari kapan hingga kapan

Cerutu, pipa, tembakau kunyah, dll

Zat selain tembakau

Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

### Ginjal, kelenjar adrenal, kandung kemih, saluran kemih

Operasi saluran kemih. Penyebab dan hasilnya

Pertumbuhan atau erupsi pada atau di sekitar genitalia

Pembengkakan getah bening atau benjolan di sekitar anus, perineum, alat kelamin, dan daerah sekitarnya

Mengalami rasa sakit atau tidak nyaman ketika seks

Minum diuretik untuk memfasilitasi buang air kecil

Infeksi saluran kemih. Baru-baru ini atau sering

Rasa terbakar atau sulit buang air kecil

Bangun di malam hari untuk buang air kecil. Berapa kali

Tidak ada satu pun atau respon lainnya

Masukkan komentar Anda

### Sistem jantung dan peredaran darah

Aritmia (detak jantung tidak teratur)

Takikardia (detak jantung cepat yang tidak normal)

Bradikardia (denyut jantung lambat yang tidak normal)

Pernah menderita serangan jantung

Nyeri dada di dalam atau di sekitar jantung

Operasi atau terapi terkait jantung

Kelainan darah

Kondisi lain yang tidak ada dalam daftar di atas

Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda



## Sistem Reproduksi Pria

Masalah prostat - operasi, nyeri, dll

Masukkan komentar Anda

Masalah ereksi

Adanya cairan / nanah dari penis (duh tubuh) atau iritasi pada penis

Masalah testis - pembengkakan, perubahan warna, operasi

Riwayat penyakit menular seksual (STD), sedang berlangsung atau di masa lalu, yang mungkin menyebabkan kekhawatiran Anda di sini

Mengonsumsi terapi hormon apa pun yang memengaruhi reproduksi

Kondisi lain yang tidak ada dalam daftar di atas

Tidak ada satu pun

## Sistem Reproduksi Wanita

Operasi sistem reproduksi. Jelaskan kapan, mengapa, dan hasilnya

Masukkan komentar Anda

Sedang hamil

Menggunakan alat kontrasepsi apa saja. Jenis apa, untuk berapa lama

Mengonsumsi terapi hormon apa pun yang memengaruhi reproduksi

Saat ini sedang menstruasi pada siklus yang konsisten

Apakah menstruasi sangat berat atau sangat ringan, durasinya aneh. Tolong beri komentar

Menopause. Sudah berapa lama

Penyakit menular seksual (PMS). Sekarang atau di masa lalu

Nyeri atau keputihan

Endometriosis

Masalah payudara (pembengkakan getah bening, nyeri, dll.)

Kondisi lain yang tidak ada dalam daftar di atas

Tidak ada satu pun

## Proyeksi awal siklus menstruasi

## Proyeksi akhir siklus menstruasi

## Sistem Reproduksi Wanita

**Tujuan Pengujian: (saat melakukan pengujian lengkap, bukan hanya hormon tertentu) Pastikan untuk menjadwalkan pengujian hormon yang selaras dengan menstruasi. Silakan pilih masalah Anda di bawah ini**

Fungsi hormonal secara umum: Tes dapat dilakukan kapan saja di luar masa menstruasi

Masukkan komentar Anda

PCOS: Kapan saja di luar masa menstruasi

Kesuburan / Fungsi ovarium: Tes pada hari ke-3 (tetapi tidak dapat melakukan tes urine pada hari ini)

Menopause / Peri-menopause: Tes pada hari ke-3 (tetapi tidak dapat melakukan tes urin pada hari ini)

Emosi yang berat: Tes sekitar hari ke 19-22

Menstruasi ringan atau berat: Tes sekitar hari ke 19-22

Kekhawatiran khusus tentang Estrogen atau

Progesteron: Tes hari ke 19-22

Periode yang hilang: Tes kapan saja

## BAGIAN KELIMA : PENYAKIT PASIEN DAN PENYEBABNYA

### Alergi

Hewan  
Obat-obatan tertentu  
Produk susu  
Debu  
Jamur  
Kacang atau biji-bijian  
Alergi lain yang tidak tercantum di atas  
Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

### Gangguan Autoimun

Alopecia areata. Kerontokan rambut yang dimulai dengan satu atau lebih bercak botak melingkar yang mungkin tumpang tindih  
Ankylosing spondylitis. Arthritis (radang sendi) yang menyerang tulang belakang dan sendi-sendi besar  
Penyakit celiac. Intoleransi terhadap gluten, protein yang ditemukan dalam gandum dan gandum hitam  
Lupus. Penyakit radang yang disebabkan ketika sistem kekebalan tubuh menyerang jaringannya sendiri  
Sklerosis multipel. Suatu penyakit di mana sistem kekebalan menggerogoti lapisan pelindung saraf (selubung myelin)  
Polymyalgia rheumatica. Gangguan peradangan yang menyebabkan nyeri otot dan kekakuan di sekitar bahu dan pinggul  
Radang sendi. Gangguan peradangan kronis yang mempengaruhi banyak sendi, termasuk di tangan dan kaki  
Sindrom Sjogren. Gangguan sistem kekebalan yang ditandai dengan mata kering dan mulut kering  
Arteritis temporalis. Peradangan pembuluh darah arteri di area pelipis  
Diabetes tipe 1. Suatu kondisi kronis di mana pankreas memproduksi sedikit atau tidak ada insulin  
Vaskulitis. Peradangan pada pembuluh darah yang menyebabkan perubahan pada dinding pembuluh darah  
Kondisi lain yang tidak ada dalam daftar di atas  
Tidak ada satu pun

Masukkan komentar

### Kanker

Apakah Anda sekarang menderita kanker, atau sebelumnya menderita kanker. Tolong jelaskan  
Stadium dan jenis kanker (jika ada, mohon detailnya)  
Hasil dari tes medis sebelumnya. (Harap berikan salinan terbaru saat kami bertemu - tolong jangan sertakan di sini)  
Kemoterapi intravena  
Kemoterapi oral  
Terapi hormon  
Terapi radiasi  
Saya menjalani terapi holistik atau alami untuk kanker dan penyakit terkait  
Kondisi lainnya yang tidak tercantum di sini. Tolong jelaskan  
Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

## Penyakit hepatitis atau hat

Menguningnya mata atau kulit

Masukkan komentar Anda

Hepatitis A (HAV) (Hepatitis A ditularkan terutama melalui makanan atau air yang terkontaminasi oleh tinja dari orang yang terinfeksi.)

Hepatitis B (HBV) (Virus hepatitis B menyebar melalui darah, air mani, atau cairan tubuh lainnya.)

Hepatitis C (HCV) (Virus hepatitis C menyebar melalui kontak dengan darah orang yang terinfeksi - melalui luka pada bagian tubuh manapun termasuk genital. Juga melalui penggunaan narkoba suntikan, praktik injeksi yang tidak aman, perawatan kesehatan yang tidak aman, dan transfusi darah dan produk darah yang tidak diskriminasi.)

Hepatitis D. (HDV) (Infeksi Hepatitis D hanya terjadi dengan infeksi virus hepatitis B. Koinfeksi HDV-HBV dianggap sebagai bentuk paling parah dari virus hepatitis kronis.)

Hepatitis E (HEV) (Virus hepatitis E ditularkan terutama melalui air minum yang terkontaminasi. Ini biasanya infeksi yang sembuh sendiri dan sembuh dalam waktu 4 hingga 6 minggu.)

Koinfeksi HDV-HBV dianggap sebagai bentuk hepatitis virus kronis yang paling parah).

NON-viral Hepatitis. Tolong jelaskan

Tidak ada satu pun

## Herpes

Herpes Simplex 1 (HSV-1) (Ulkus oral di dalam atau di sekitar mulut atau bibir. Berhubungan dengan gangguan bipolar, penyakit Alzheimer dan banyak lagi.)

Masukkan komentar Anda

Herpes Simplex 2 (HSV-2) (Genital / daerah dubur. Terkait dengan meningitis Mollaret)

Herpes 3 (HHV-3 or VZV) (Cacar Air, Herpes Zoster, Human Herpes Varicella-Zoster)

Herpes 4 (Epstein Barr HHV 4) (terkait dengan Mononukleosis, Limfoma, Lupus, Arthritis, MS, Kelelahan Kronis, dll.)

Herpes 5 (Cytomegalovirus HHV 5 atau CMV) (terkait dengan Infectious mononucleosis ('penyakit berciuman'), retinitis)

Herpes 6 (HHV-6) (Terkait dengan Sindrom Kelelahan Kronis, disfungsi kognitif, disfungsi otonom, Roseolovirus, Virus Lymphotropic - menginfeksi sekitar 70% manusia. Gejala yang konsisten dengan hepatitis dan ensefalitis.)

Herpes 7 (HHV-7) (Terkait dengan Pityriasis Rosea. Juga terkait dengan sindrom hipersensitivitas yang diinduksi oleh obat, ensefalopati, sindrom hemikonvulsi-hemiplegia-epilepsi, infeksi hepatitis, mieloradikuloneuropati pasca infeksi, pityriasis rosea, dan reaktivasi HHV-4, yang mengarah pada "penyakit-seperti-mononukleosis")

Herpes 8 (HHV-8) (Terkait dengan neoplasma. Penyakit yang disebabkan oleh infeksi HHV-8 termasuk Kaposi Sarcoma, Multicentric Castleman Disease (MCD), Primary Effusion Lymphoma (PEL), yang terjadi terutama pada pasien dengan infeksi HIV.)

ParvoVirus (B-19) (Berhubungan dengan Slapped Cheek Syndrome, Seronegative Arthritis, Anemia Aplastik, Penyakit Sel Sabit, ensefalitis, meningitis, stroke, neuropati perifer, dan banyak lagi.)  
Tidak yakin atau kondisi lain yang tidak tercantum di atas.  
Tidak ada satu pun

#### Paparan beracun

Terkena bahan kimia atau racun dari mesin, pelarut, bahan bakar, pembersih industri, dll **Masukkan komentar Anda**  
Pembunuh serangga atau hama di rumah atau di sekitar tempat Anda (seberapa sering, merek apa)  
Pembunuh serangga yang disemprotkan atau digosokkan ke tubuh (seberapa sering, merek apa)  
Jelaskan secara singkat setiap paparan bahan kimia beracun yang pernah dialami  
Paparan lainnya yang tidak tercantum di atas  
Tidak ada satu pun

#### Paparan radioaktif

Paparan radioaktif dari perjalanan menggunakan pesawat terbang (berapa banyak penerbangan per tahun) **Masukkan komentar Anda**  
Paparan radioaktif dari CT scan, MRI, X-ray. Berapa kali?  
Apakah 'kontras' disuntikkan ke dalam tubuh selama prosedur  
Penggunaan ponsel di sebelah kepala (rata-rata berapa jam per hari)  
Tinggal dalam jarak 100 meter dari menara pemancar seluler atau radio. Tolong jelaskan.  
Saya pernah tinggal atau bekerja di dekat pembangkit listrik tenaga nuklir atau fasilitas nuklir  
Saya pernah tinggal di dekat atau mengunjungi Chernobyl, Fukushima, Hanford, atau area terkontaminasi lainnya  
Saya pernah mengalami kerontokan rambut mendadak yang tidak dapat dijelaskan atau kulit berbintik-bintik, dll.  
Sumber radioaktivitas lainnya yang tidak tercantum di atas.  
Mohon jelaskan  
Tidak ada satu pun

### BAGIAN KEENAM : OBAT-OBATAN DULU DAN SEKARANG

#### Obat-obatan umum yang diminum pasien selama 2 tahun terakhir atau kurang

Aspirin / Obat pereda nyeri lainnya **Masukkan komentar Anda**  
Ibuprofen (Advil / Motrin)  
Panadol / Paracetamol / Tylenol / Benadryl / Acetaminophen  
Sudafed / Claritin / anti-histamin  
Diuretik (memfasilitasi buang air kecil)  
Coumadin/ Heparin/ Pengencer darah (pencegahan stroke)  
Statin -Anti-kolesterol, (Lipitor, Crestor, Zocor)  
Prozac atau zat serupa  
Anti-jamur (pada kulit atau secara oral)

Estrogen / HGH / hormon lainnya  
Obat lainnya yang tidak tercantum di atas.  
Tidak ada satu pun

**SEMUA obat, suplemen, obat herbal, dll. yang sedang Anda konsumsi**

**Vaksin atau Inokulasi - Apakah Anda mengalami reaksi ? Jika ya, bagaimana dan di mana ? Apakah Anda mengalami infeksi covid setelahnya? Apakah Anda pernah menerima vaksin di bawah ini selama bertahun-tahun ?**

COVID 19 - SUNTIKAN PERTAMA - Mohon sebutkan NAMA MEREK (Johnson & Johnson, AstraZeneca, Moderna, Pfizer, BioNtech, Sinovac, dll.) Mohon sebutkan juga TANGGAL dan TEMPAT atau KLINIK tempat suntikan diterima (sangat penting). Apakah Anda mengalami reaksi? Tolong jelaskan.  
COVID 19 – SUNTIKAN KEDUA – Apakah Anda mengalami reaksi? Tolong jelaskan.

**Masukkan komentar Anda**

COVID 19 – SUNTIKAN BOOSTER PERTAMA – Apakah Anda mengalami reaksi? Tolong jelaskan.

COVID 19 – SUNTIKAN BOOSTER KEDUA – Apakah Anda mengalami reaksi? Tolong jelaskan.

Sudah berapa kali anda tes PCR / Swab

Vaksin Cacar Air (Varicella)

Vaksin Kolera

Vaksin flu musiman (flu shot)

Vaksin Diphtheria-tetanus-pertussis (DTP)

Vaksin Haemophilus Influenzae tipe B (Hib)

Vaksin Hepatitis A

Vaksin Hepatitis B

Vaksin HPV

Vaksin Ensefalitis Jepang

Vaksin Malaria

Vaksin Measles-Mumps-Rubella (MMR)

Vaksin Meningococcalconugate

Vaksin Meningitis

Vaksin Virus Pneumococcal (PCV)

Vaksin Polio

Vaksin Rabies

Vaksin Rotavirus (RV)

Vaksin Td atau Tdap (tetanus, difteri, dan pertusis) meningkat setiap 10 tahun

Vaksin Tifoid dan Paratifoid

Vaksin Demam Kuning

Vaksin Virus Zoster

Vaksinasi lain yang tidak tercantum di atas, mohon jelaskan

Tidak ada satu pun

## Antibiotik dalam 5 tahun terakhir

Amoxicillin. Antibiotik penisilin yang diresepkan untuk radang amandel, bronkitis, pneumonia, gonore, dan infeksi pada telinga, hidung, tenggorokan, kulit, atau saluran kemih, dan banyak lagi

Amoxicillin / Clavulanate. Kombinasi antibiotik penisilin yang melawan bakteri dengan spektrum luas

Azithromycin. Diberikan untuk infeksi pernapasan, kulit, dan telinga, dan penyakit menular seksual

Cephalexin. Diresepkan untuk infeksi saluran pernapasan atas, infeksi telinga, infeksi kulit, dan infeksi saluran kandung kemih

Ciprofloxacin (fluoroquinolone). Diresepkan untuk antraks, infeksi saluran kemih dan banyak lagi

Clindamycin. Antibiotik spektrum luas yang melawan bakteri dalam tubuh

Doxycycline. Untuk infeksi saluran kemih, infeksi usus, infeksi mata, gonore, klamidia, periodontitis (penyakit gusi), dan lainnya

Levofloxacin (fluoroquinolone). Untuk kulit, sinus, ginjal, kandung kemih, prostat, bronkitis, pneumonia, antraks

Metronidazole (Clindamycin hydrochloride). Antibiotik spektrum luas yang kuat yang memerangi bakteri di dalam tubuh

Sulfamethoxazole / Trimethoprim. Antibiotik spektrum luas yang membunuh bakteri dalam tubuh

Antibiotik yang tidak tercantum di atas

Paparan dari makanan seperti ayam, telur, ikan, daging, dll

Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

## BAGIAN KETUJUH : TERAPI DI MASA LALU DAN MASA KINI

### Kebahagiaan dan kesejahteraan

Saya bahagia dan sejahtera

Kekuatan saya ialah

Kelemahan saya ialah

Saya sedang / pernah menderita depres

Saya sering merasa cemas

Saya minum obat penenang (untuk depresi atau rasa cemas)

Saya mudah marah

Saya sedang / pernah melatih segala bentuk pemusatan pikiran, seperti meditasi atau saat teduh

Jawaban lain yang tidak tercantum di atas

Masukkan komentar Anda

### Terapi yang diterima dalam 2 tahun terakhir atau sekarang diterima

Akupunktur

Aromaterapi

Terapi kelasi

Terapi Kolon / usus besar

Detoksifikasi

Terapi ganja

Kemoterapi

Obat alami

Homeopati

Masukkan komentar Anda

Naturopati  
Terapi oksigen  
Terapi prolo  
Terapi radiasi  
Reiki  
Infus vitamin C  
Terapi lain yang tidak tercantum di atas  
Tidak ada satu pun

#### Operasi dan pembedahan

Operasi usus buntu  
Pengambilan amandel  
Operasi pencernaan  
Operasi elektif. Tolong jelaskan  
Operasi darurat  
Operasi mata  
Operasi jantung  
Operasi kulit, termasuk pengangkatan lesi atau kanker, dll  
Operasi lain yang tidak tercantum di atas  
Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

#### Obat anti jamur

Obat antijamur oral  
Antijamur topikal  
Obat anti jamur lain yang kurang anda pahami  
Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

#### Parasit

Penanganan untuk parasit bagian pencernaan? Jika ya, sertakan waktu dan proses penanganan. Apakah perawatannya berhasil  
Penanganan untuk parasit di kulit atau rambut  
Sering kembung atau banyak gas  
Pendarahan atau gatal di daerah anal  
Munculnya benda seperti senar atau lendir di tinja  
Saya hidup dengan anjing atau kucing  
Masalah parasit lain yg tidak tercantum di atas.  
Tidak ada satu pun

Masukkan komentar Anda

#### Hal lain yang relevan

Catatan :

Silakan isi formulir offline ini, lalu simpan

Kirimkan formulir ini melalui email ke : [survey@bsi.international](mailto:survey@bsi.international)

- atau -

Cetak dan bawa ke pertemuan pertama Anda.

(Harap dicatat bahwa ini akan menambah 30 menit pada kunjungan pertama Anda).