



**SURAT KETERANGAN DOKTER / DOCTOR'S REPORT
COLITIS ULSERATIVA / ULCERATIVE COLITIS
PENYAKIT CROHN/CROHN'S DISEASE**

INFORMASI MEDIS / MEDICAL INFORMATION

Diisi oleh Dokter yang Merawat (*Filled by Treating Doctor*)

1. Nomor Polis (Policy Number)
2. Nama Pasien (Patient's Name)
3. Tanggal Lahir (DOB) tanggal-bulan-tahun *dd-mm-yyyy*
4. No KTP/ Passport / KITAS (ID Card/Passport/KITAS)
5. Alamat Lengkap (Full Address)
6. Nomor Telepon (Telephone Number)
7. Jenis Kelamin (Sex) Pria (*Male*) Wanita (*Female*)

Nama tersebut di atas adalah Tertanggung pada PT AXA Financial Indonesia yang mengajukan klaim sehubungan dengan penyakit yang disebutkan pada judul diatas. Agar kami dapat menilai keabsahan klaim tersebut, mohon bantuan dan kerja sama Anda agar dapat mengisi dan melengkapi formulir ini.

The above name are insured with PT AXA Financial Indonesia who submitting claims related to the above diseases. To enable us assessing the claims, we would be grateful for your cooperation in the completion of this

Pertanyaan-pertanyaan untuk Dokter yang merawat. Jika tidak mencukupi, mohon jawaban ditulis dibalik formulir atau dilampirkan pada sehelai kertas yang terpisah.

Questions to be answered by the Medical Practitioner. Please write on back page or attach a separate sheet of paper if space is insufficient for any answer.

INFORMASI MEDIS / MEDICAL INFORMATION

A. UMUM/GENERAL

1. Apakah Anda adalah dokter keluarga dari pasien diatas? Ya Tidak
Are you the family doctor of the patient above? Yes No
 - Sejak kapan Anda menjadi dokter keluarga yang biasa dikunjungi pasien? - - *Since when you become a family doctor who usually visited by patient? tgl-blh-thn dd-mm-yyyy*
 2. Kapan Anda pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi ini, apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul?
When were you first provide consultation for this condition, what kind of symptoms and how long had the symptoms been present?
- _____



3. Berdasarkan anamnesa, sudah berapa lama pasien merasakan gejala penyakit tersebut diatas?

Based on anamnesis, for how long had the above symptoms been present

4. berapa lama gejala tersebut terakhir dirasakan? Mohon jelaskan alasannya.

Based on your anamnesis, how long were the symptoms last felt? Please explain the reason

5. Berdasarkan ANAMNESISA, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala di atas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini? Mohon jelaskan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita pasien.

Based on ANAMNESIS, has the patient previously suffered from the symptom above or any related disease? Please give explanation about the disease/symptoms and since when was it detected?

Gejala - Penyakit/Symptom - Disease	Pertama kali terdeteksi/First detected

6. Kapan untuk pertama kali pasien mengetahui tentang penyakitnya?

When did the patient first become aware of the disease?

7. Mohon berikan nama dan alamat dokter/rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien dan berikan tanggal konsultasi terakhir

Please provide the name and address of doctors/hospitals which patient had attended and the date of last attendance.

Nama/Name	Alamat/Address

8. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan pasien yang berhubungan dengan merokok, minuman beralkohol dan obat terlarang. Sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.

Please give details the patient's habits in smoking, alcohol and drug abuse? What kind and how many a day?

B. RINCIAN MEDIS/MEDICAL DETAILS

1. Mohon dapat dijelaskan diagnosa secara rinci ?

Please provide the diagnosis in detail.



2. Mohon jelaskan gejala klinis dari Colitis Ulserativa atau penyakit Crohn pada pasien ?
Please describe the symptoms of Ulcerative Colitis or Crohn's disease suffered by the patients

3. Apakah yang menyebabkan terjadinya penyakit Colitis Ulserativa atau Penyakit Crohn pada pasien ? Mohon dijelaskan secara rinci
What was the cause of Ulcerative Colitis or Crohn's disease ? Please explain in detail

4. Apakah penyakit Colitis Ulserativa atau penyakit Crohn's yang diderita pasien sudah ada:
Has the Ulcerative Colitis or Crohn's Disease suffered by the patient already caused:

- | | Ya/Yes | Tidak/No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. <u>Pengangkatan total usus besar;</u>
<i>Total colectomy and ileostomy;</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Pengangkatan sebagian / beberapa bagian dari usus dengan beberapa kali pembedahan yang berbeda;</u>
<i>Partial colectomy or ileostomy with several different surgeries;</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <u>Ascending sclerosing cholangitis sebagai penyakit penyerta dengan penyakit ini;</u>
<i>Ascending sclerosing cholangitis as comorbidities with this disease;</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. <u>Hepatitis aktif kronis autoimmune dan sirosis yang dibuktikan dengan pemeriksaan patologi;</u>
<i>Autoimmune chronic active hepatitis and Cirrhosis that proven with pathology;</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. <u>Karsinoma in situ usus besar</u>
<i>Carcinoma in situ of Colon</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Apakah telah dilakukan biopsi dan endoskopi pada pasien ini?
Has the biopsy and endoscopy been done?

- Endoskopi / Endoscopy

Ya/ Yes	Tidak/No
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pemeriksaan / Examination	Hasil / Result

- Biopsi / Biopsy

6. Mohon melampirkan laporan medis, hasil laboratorium, endoskopi dan biopsi yang mendukung diagnosa beserta kesimpulannya
Please attach results of any examination performed and provide summary / remarks



7. Apakah pasien sudah diberikan pengobatan dengan Imunosupresif atau Imunomodulator ? Mohon jelaskan obat yang digunakan
Has the patient given Immunosuppressive or Immunomodulator medication ? Please give details of the medication

8. Sudah berapa lama obat-obat Imunosupresif atau Imunomodulator tersebut dikonsumsi oleh pasien ?
How long did the patient received the Immunosuppressive or Immunomodulator medication ?

9. Apakah obat-obatan Imunosupresif atau Imunomodulator diberikan secara terus menerus? Ya/Yes Tidak /No
Did the Immunosuppression or Immunomodulator medication given continuously to the patient?

Untuk berapa lama obat imunosupresif atau imunomodulator diberikan kepada pasien?
For how long the immunosuppression or immunomodulatory was taken by the patient?

10. Bagaimana keadaan pasien saat ini dan bagaimana prognosisnya? Mohon jelaskan secara rinci.
How is the current state of the patient and how is the prognosis ? Please explain in detail

11. Mohon berikan nama dan alamat dokter/rumah sakit rujukan untuk perawatan selanjutnya.
Please give us the name and address of doctors/hospitals refferal for further treatment

Nama/Name	Alamat/Address

12. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang dapat digunakan untuk membantu proses analisa dari klaim ini.
If there is any further information which will assist us in assessing this claim, please give details.



PERNYATAAN DOKTER / MEDICAL PRACTICIONARE DECLARATION

Dengan ini Saya menyatakan bahwa Saya adalah Dokter yang merawat Pasien ini dan Saya memberikan keterangan dengan lengkap dan benar sesuai dengan pengetahuan yang Saya miliki dan sesuai dengan kondisi Pasien pada saat perawatan/ *I Hereby declare that I am the Doctor who treats this Patient and I provide the correct information in accordance with the knowledge I have and in accordance with the Patient's condition at the time of Treatment.*

Tanggal / Date: / / (DD/MM/YYYY)

Tandatangan Dokter & Stempel Rumah Sakit / Klinik
(Doctor's Signature and Hospital or Clinic's stamp:

Nama / Name: _____
SIP (License Number): _____