



Gejala - Penyakit/ <i>Symptom - Disease</i>	Pertama kali terdeteksi/ <i>First detected</i>

4. Kapan untuk pertama kali pasien mengetahui tentang penyakitnya?
When did the patient first become aware of the disease?

5. 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/ <i>Name</i>	Alamat/ <i>Address</i>

6. 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 jelaskan diagnosa secara rinci
Please provide the diagnosis in details

2. Mohon jelaskan gejala klinis dari Penyakit Demam Rematik pada pasien.
Please explain the symptoms of Rheumatic Fever Disease in this patients.

3. Apakah sudah ada Gejala yang diderita pasien sebagai berikut :
Is there any Symptoms has been suffered in this patient :

- a. Mengenai satu atau lebih katup jantung
Involvement one or more heart valves

Ya/Yes Tidak/No



- b. Menyebabkan ketidakmampuan katup jantung
Severe Causes severe heart valve disability

Ya/Yes Tidak/No

4. Apakah telah dilakukan pengukuran fungsi katup jantung dengan ekokardiografi pada pasien ini?
Has the heart valve function been measured with echocardiography in this patient?

Ya/Yes Tidak/No

Jika Ya, mohon jelaskan hasil pemeriksaan ekokardiografi tersebut
If Yes, please explain the result of the echocardiography examination

--

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

Pemeriksaan/Examination	Hasil/Result

6. 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.

--

7. 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

8. 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:

<p>Nama / Name: _____ SIP (License Number): _____</p>
