



**SURAT KETERANGAN DOKTER-DOCTOR'S REPORT**  
**GAGAL GINJAL - KISTA MEDULLARY - SINDROM NEFROTIK -**  
**GLOMERULONEFIRITIS /**  
**KIDNEY DISEASE AND FAILURE - MEDULLARY CYSTIC - NEPHROTIC SYNDROME -**  
**GLOMERULONEPHRITIS**

**INFORMASI PASIEN /PATIENT 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 Yes  Tidak No  
*Are you the family doctor of the patient above?*
  - Sejak kapan Anda menjadi dokter keluarga yang biasa dikunjungi pasien?  -  -  **tgl-bln-thn**  
*Since when you become a family doctor who usually visited by patient?* **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-gejala yang ada dan sejak kapan gejala penyakit tersebut muncul

*Please describe in detail the symptoms and since when the symptom appear.*

---



---



---



3. **Untuk Penyakit Kista Medullary : Apakah secara klinis pasien sudah mengalami:**

*For Medullary Cystic Disease : Has patient clinically suffered from:\*

- |  | Ya/Yes                   | Tidak/No                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. <u>Anemia</u><br><i>Anaemia</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Poliuria</u><br><i>Polyuria</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <u>Kehilangan sodium melalui ginjal</u><br><i>Loss of sodium through kidney</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. **Apakah penyakit kista medullary sudah berkembang menjadi gagal ginjal kronis? Mohon dijelaskan**

*Has the Medullary Cystic Disease already developed into chronic kidney failure? Please explain in detail*

---



---



---

5.

- a) Apakah Gagal Ginjal sudah memasuki tahap akhir?  Ya  Tidak  
*Is the Kidney Failure in a final stage?*  
Yes No
- b) Apakah diperlukan dialisis ginjal yang teratur atau transplantasi ginjal?  Ya  Tidak  
*Does it required kidney dialysis or kidney transplantasi?*  
Yes No
- c) Apakah pasien sedang menjalani dialisis peritoneal / hemodialisis secara teratur?  Ya  Tidak  
*Is the patient being undergone peritoneal dyalisis or haemodialysis routinely?*  
Yes No
- d) Apakah transplantasi ginjal telah dilakukan?  Ya  Tidak  
*Did patient perform the renal transplantation?*  
Yes No
- Jika YA, mohon sebutkan tanggalnya.   -   -     Tgl-Bln-Thn  
*If yes, please state the surgery's date* dd-mm-yyyy
- e) Jika belum, apakah ada rencana transplantasi?  Ya  Tidak  
*If the transplantation not perform, is there any plan for it?*  
Yes No
- Jika YA, kapan akan dilakukan?   -   -   Tgl-Bln-Thn  
*If yes, when would it be done?* dd-mm-yyyy
- f) Apakah telah dilakukan operasi pengangkatan salah satu ginjal?  Ya  Tidak  
*Did patient perform the surgery of one kidney removal?*  
Yes No
- Jika YA, mohon sebutkan tanggalnya.   -   -     Tgl-Bln-Thn  
*If yes, please state the surgery's date* dd-mm-yyyy
- g) Apakah telah terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus?  Ya  Tidak  
*Has the Insured suffered from severely decreased of eGFR?*  
Yes No
- Jika YA, berapa hasil GFR pasien?  ml/min/1.73m2  
*If yes, how much the result of GFR in patient?*
  - Berapa lama sudah terjadi penurunan nilai GFR?   
*How long has been a decline of GFR?*
  - Kapan terakhir kali dilakukan pemeriksaan GFR?     Tgl-Bln-Thn  
*When was the examination of GFR done the last time?* dd-mm-yyyy
- h) Apakah terjadi kehilangan fungsi ginjal secara permanen dan tidak dapat disembuhkan?  Ya  Tidak  
*Is there permanent and irrecoverable loss of renal function?*  
Yes No

6. Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pada pasien ditemukan adanya:

*Based on the examination, is the patient suffered from:*

- a. Edema yang disebabkan oleh kehilangan protein pada ginjal?  Ya  Tidak



Oedema caused by renal protein loss

Yes

No

b. Hipoalbuminemia < 25 g/l  
*Hypoalbuminaemia < 25g/l*

Ya  
Yes

Tidak  
No

c. Proteinuria > 150 mg/m2/jam (> 3.6g/m2/hari)  
*Proteinuria > 150 mg/m2/hour (> 3.6g/m2/day)*

Ya  
Yes

Tidak  
No

d. Terjadi kambuhnya sindrom nefritik parah seperti disebutkan diatas (seperti yang diuraikan pada poin a sampai poin c)

Ya  
Yes

Tidak  
No

*Occurs relapses of the above defined severe nephrotic syndrome (as defined under a to c)*

Jika Jawaban "Ya" :

- Berapa kali terjadi kambuhnya sindrom nefrotik parah pada pasien dalam kurun waktu 12 bulan setelah sindrom nefrotik parah pertama?

*How many times occurs relapses of severe nephrotic syndrome in patients within 12 months after the first severe nephrotic syndrome?*

< 4 (empat) kali  
*< 4 (four) times*

> 4 (empat) kali  
*≥ 4 (four) times*

- Kapan terjadi kekambuhan sindrom nefrotik parah tersebut?  
*When did relapses of severe nephrotic syndrome occur?*

I	:	
II	:	
III	:	
IV	:	

- Apakah dibutuhkan perawatan terus menerus selama paling tidak 6 (enam) bulan?

Ya

Tidak

*Is it required continuous treatment for at least 6 (six) months?*

7. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan ( biopsi ginjal, USG, MRI, laboratorium, dll ) yang telah dilakukan beserta kesimpulan  
*Please attach test results ( renal biopsy, USG, MRI, laboratory, etc ) that have been done and the conclusions.*

Tanggal / Date	Pemeriksaan / Tests	Kesimpulan / Result

8. Apakah obat-obatan yang sedang digunakan saat ini sehubungan dengan penyakit diatas?  
*What is the treatment / medication given to the patient for the above disease?*

---

9. 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.*

---

10. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit rujukan untuk perawatan selanjutnya.  
*Please give us the name and address of doctors / specialist / hospital referral for further treatment*

Nama /	Alamat /

11. 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): \_\_\_\_\_