



SURAT KETERANGAN DOKTER /DOCTOR'S REPORT

HIV KARENA TRANSFUSI DARAH, PEKERJAAN, TRANSPLANTASI ORGAN - FULL BLOWN AIDS, HEPATITIS B atau C KARENA PEKERJAAN/ HIV OBTAINED THROUGH BLOOD TRANSFUSIO, OCCUPATION, ORGAN TRANSPLANTATION- FULL BLOWN AIDS – OCCUPATIONAL ACQUIRED HEPATITIS B OR C

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-yyy

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 ANAMNESIS, 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 dan kapan diagnosa ditegakkan ?

Please provide the diagnosis in detail and since when the diagnosis is established



2. Mohon jelaskan gejala klinis yang diderita pasien dan kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul ?
Please describe in detail the symptoms and when symptoms begin to appear

3. Apakah didapatkan hasil pemeriksaan CD 4 < 200 (dua ratus) sel/ μ L?
Please explain in detail the examination of CD4 cell count of less than 200 (two hundred) cell/ μ L?

Ya/Yes Tidak/No

Mohon tuliskan hasil pemeriksaan CD 4 pada pasien ?
Please write the results of Patient's CD 4 examination

4. Berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan, apakah didapatkan kondisi berikut pada pasien :
Based on the examination, is the patient suffered from :

- | | Ya/Yes | Tidak/No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. <u>Turun berat badan sebanyak 10 % dari berat badan selama jangka waktu enam (6) bulan atau kurang (sindrom wasting) :</u>
<i>Weight loss of more than 10% of body weight over a period of six (6) months or less (wasting syndrome);</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Sarkoma kaposi/Kaposi Sarcoma</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <u>Pneumonia Pneumocystis Carinii/Pneumocystis Carinii Pneumonia</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. <u>Leukoensefalopati Multifokal Progresif/Progressive multifocal leukoencephalopathy</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. <u>Tuberkulosis aktif/Active Tuberculosis</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. <u>Limfosit kurang dari 1.000 (seribu)/Less than one-thousand (1000) Lymphocytes</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Pemeriksaan / Examination	Hasil / Result

g. Limfoma ganas/Malignant Lymphoma

5. Pemeriksaan penunjang apa saja yang telah dilakukan (termasuk anti HIV, tes Western Blot, CD4) dan bagaimana hasilnya?
What kind of examination/diagnostic test done for the above symptom/disease (include anti HIV, Western Blot test, CD4) and how is the result?

6. Apakah penyakit yang dialami pasien diakibatkan oleh transfusi darah?
Is the patient's disease caused by blood transfusion?

Ya/ Yes Tidak/No



Jika Ya, kapan transfusi darah tersebut dilakukan?
If yes, when the blood transfusion is done?

____ - ____ - ____ tgl-bln-thn
dd-mm-yyyy

Jika Ya, Apakah transfusi darah tersebut merupakan bagian dari pengobatan?
If Yes, Is the blood transfusion part of the medication process?

Ya/ Yes Tidak/No

7. Apakah penyakit yang dialami pasien diakibatkan oleh karena suatu kecelakaan akibat pekerjaannya?
Is the patient's disease caused by an accident in workplace?

Ya/ Yes Tidak/No

Jika Ya, kapan kecelakaan kerja tersebut terjadi?
If yes, when did the work accident occur?

____ - ____ - ____ tgl-bln-thn
dd-mm-yyyy

8. Apakah penyakit yang dialami pasien diakibatkan oleh karena transplantasi organ ?
Is the patient's disease caused by an organ transplantation?

Ya/ Yes Tidak/No

Jika Ya, kapan transplantasi organ tersebut terjadi?
If yes, when did organ transplantation occur?

____ - ____ - ____ tgl-bln-thn
dd-mm-yyyy

Jika Ya, Apakah transplantasi organ tersebut merupakan bagian dari pengobatan?
If Yes, Is the organ transplantation part of the medication process?

Ya/ Yes Tidak/No

Sebutkan negara tempat transplantasi organ tersebut diterima oleh pasien ?
Name the country where the organ transplant was received by the patient ?

9. Apakah pernah dilakukan pemeriksaan Hepatitis B atau C sebelum transfusi darah atau kecelakaan kerja yang terjadi?
Has a hepatitis B or C examination been done before a blood transfusion or work accident to this patient?

Ya/ Yes Tidak/No

Jika Ya, kapan dilakukan pemeriksaan tersebut?
If Yes, when is the examination done?

____ - ____ - ____ tgl-bln-thn
dd-mm-yyyy

Jika Ya, bagaimana hasil pemeriksaan Hepatitis B atau C tersebut? Mohon dapat dilampirkan
If yes, how are the results of the Hepatitis B or C examination? Please attach

10. Apakah pernah dilakukan pemeriksaan Hepatitis B atau C setelah transfusi darah atau kecelakaan kerja yang terjadi?
Has a hepatitis B or C examination been done after a blood transfusion or work accident to this patient?

Ya/ Yes Tidak/No

Jika Ya, kapan dilakukan pemeriksaan tersebut?
If Yes, when is the examination done?

____ - ____ - ____ tgl-bln-thn
dd-mm-yyyy

Jika Ya, bagaimana hasil pemeriksaan Hepatitis B atau C tersebut? Mohon dapat dilampirkan
If yes, how are the results of the Hepatitis B or C examination? Please attach

11. Apakah pernah dilakukan pemeriksaan HIV sebelum transfusi darah atau kecelakaan kerja atau transplantasi organ yang terjadi?
Has a HIV examination been done before a blood transfusion or work accident or organ transplantation to this patient?

Ya/ Yes Tidak/No

Jika Ya, kapan dilakukan pemeriksaan tersebut?
If Yes, when is the examination done?

____ - ____ - ____ tgl-bln-thn
dd-mm-yyyy

Jika Ya, bagaimana hasil pemeriksaan HIV tersebut? Mohon dapat dilampirkan
If yes, how are the results of the HIV examination? Please attach



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): _____