



SURAT KETERANGAN DOKTER / DOCTOR'S REPORT
ADRENAL INSUFISIENSI, FEOKROMOSITOMA, ADRENALEKTOMI /
ADRENAL INSUFFICIENCY, PHEOCHROMACYTOMA, ADRENALEKTOMI

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

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/ <i>Name</i>	Alamat/ <i>Address</i>

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 Insufisiensi Adrenal: Berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan, apakah didapatkan kondisi berikut pada pasien?
For Adrenal Insufficiency: Based on the examination, is the patient suffered from:

- | | Ya/Yes | Tidak/No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. <u>Kerusakan bertahap pada kelenjar adrenal</u>
Gradual destruction of the adrenal gland | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Membutuhkan terapi penggantian glukokortikoid dan mineralokortikoid seumur hidup.</u>
Need for long time glucocorticoid and mineral corticoid replacement therapy. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Untuk Insufisiensi Adrenal : Apakah kondisi insufisiensi adrenal disebabkan oleh gangguan autoimun? Mohon jelaskan secara rinci?
For Adrenal Insufficiency: Is the condition of adrenal insufficiency caused by an autoimmune disorder? Please explain in detail?

5. Untuk Insufisiensi Adrenal: Apakah diagnosa ditegakkan dengan menggunakan?
For Adrenal Insufficiency: Based on the examination, is the patient suffered from:

- | | Ya/Yes | Tidak/No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. <u>Tes stimulasi ACTH</u>
ACTH simulation tests | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Tes hipoglikemia insulin</u>
Insulin-induced hypoglycemia test. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <u>Pengukuran tingkat plasma ACTH</u>
Plasma ACTH level measurement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. <u>Pengukuran tingkat Aktivitas Plasma Renin (PRA)</u>
Plasma Renin Activity (PRA) level measurement. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mohon dijelaskan secara detail
Please explain in detail

- | | Ya/Yes | Tidak/No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 6. <u>Apakah terjadi hipertensi sistemis malignant sekunder akibat adanya adenoma adrenal yang mengeluarkan aldosterone pada pasien?</u>
Did the malignant systemic hypertension occur as secondary to an aldosterone secreting adrenal adenoma? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Jika Ya, Apakah hipertensi malignant tersebut dapat di kontrol dengan terapi medis?</u>
If Yes, Had the malignant hypertension been controlled by medical therapy. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <u>Apakah diperlukan tindakan adrenalectomi pada pasien</u>
Is the adrenalectomy must be considered for patient. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | Ya/Yes | Tidak/No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 7. <u>Apakah ada tumor neuroendoktrin pada jaringan adrenal atau jaringan ekstra kromafin</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



yang mengeluarkan kelebihan katekolamin?

Are there neuroendocrin tumours of the adrenal or extrachromaffin tissue that secret excess catecholamines?

Jika Ya, Apakah diharuskan operasi pembedahan untuk pengangkatan tumor tersebut?

If Yes, Are surgery required for removal of the tumour?

8. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan (laboratorium, USG, dll) yang telah dilakukan beserta kesimpulan

Please attach test results (laboratory, USG etc) that have been done and the conclusions

9. 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?

10. Mohon dijelaskan tindakan operasi yang telah dilakukan (seperti adrenalectomi dll)

Please give details of the surgery done (ie. adrenalectomi etc)

11. 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

12. 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

13. 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): _____