



**SURAT KETERANGAN DOKTER / DOCTOR'S REPORT**  
**KOMPLIKASI DIABETES - DIABETES MELITUS YANG BERGANTUNG**  
**INSULIN / DIABETES COMPLICATION - INSULIN-DEPENDENT DIABETES**  
**MELLITUS**

**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)  (Male)  nita (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?  -  -  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 secara rinci penyakit yang ada, dan kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.

*Please describe in detail the illness, and when symptoms of the illness begin to appear?*

---



3. Apakah secara klinis pasien sudah mengalami:  
*Has the patient clinically suffered from:*

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. <u>Retinopati Diabetika</u><br><i>Diabetic Retinopathy</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Nefropati Diabetika</u><br><i>Diabetic Nephropathy</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <u>Amputasi</u> <i>Amputation</i>                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. <u>Koma Diabetik</u><br><i>Diabetic coma</i>               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Jika sudah dilakukan tindakan AMPUTASI, mohon diberikan informasi lebih rinci mengenai anggota tubuh yang diamputasi  
*If there's amputation done, please explain in detail about limb amputees.*

---

---

5. Untuk AMPUTASI, apakah amputasi yang dilakukan untuk mengobati gangrene yang terjadi karena komplikasi dari kencing manis? **Ya/Yes** **Tidak/No**  
*For AMPUTATION, Is the amputation done to treat gangrene that occurred due to complication of diabetes?*

6. Untuk RETINOPATI DIABETIKA, apakah diperlukan tindakan perawatan laser pada pasien? **Ya/Yes** **Tidak/No**  
*For Diabetic Retinopathy, is the laser treatment needed for this patient?*

7. Untuk RETINOPATI DIABETIKA, pemeriksaan penunjang apa saja yang sudah dilakukan dan bagaimana hasilnya?  
*For Diabetic Retinopathy, please explain the details of examination done and the result*

---

---

---

8. Untuk NEFROPATI Diabetika, pemeriksaan penunjang apa saja yang sudah dilakukan dan bagaimana hasilnya?  
*For Diabetic Nephropathy, please explain the details of examination done and the result?*

---

---

---

9. Untuk NEFROPATI DIABETIKA, apakah didapatkan kondisi berikut:  
*For Diabetic Nephropathy, have you found:*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| a. <u>Hasil pemeriksaan eGFR kurang dari 30 ml/menit/1.73 m<sup>2</sup></u><br><i>eGFR less than 30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup></i> | <b>Ya/Yes</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Tidak/No</b><br><input type="checkbox"/> |
| b. <u>Hasil pemeriksaan Proteinuria terus-menerus diatas 300 mg/24 jam</u><br><i>Proteinuria greater than 300 mg/24 hours</i>     | <b>Ya/Yes</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Tidak/No</b><br><input type="checkbox"/> |

10. Untuk KOMA DIABETIK, apakah didapatkan kondisi berikut:  
*For DIABETIC COMA, have you found :*

- |   |   |   |
|---|---|---|
| a. <u>Keadaan tidak sadar tanpa reaksi terhadap rangsangan eksternal dan internal</u><br><i>A state of unconsciousness with no reaction to external dan internal stimuli</i>              | <b>Ya/Yes</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Tidak/No</b><br><input type="checkbox"/> |
| b. <u>Disebabkan oleh komplikasi diabetes</u><br><i>Complication from diabetes</i>  | <b>Ya/Yes</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Tidak/No</b><br><input type="checkbox"/> |
| c. <u>Membutuhkan alat penunjang kehidupan secara terus-menerus selama periode 72 jam</u><br><i>Requires the use of life support systems for a continuous period of at least 72 hours</i> | <b>Ya/Yes</b><br><input type="checkbox"/> | <b>Tidak/No</b><br><input type="checkbox"/> |
| d. <u>Jika Ya, berapa lama (dalam jam) pasien diperlukan alat penunjang kehidupan</u><br><i>If Yes, How long (in hour) patient requires the use of life support systems?</i>              |   |   |



11. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang anda rujuk untuk perawatan pasien selanjutnya  
*Please give us the name and address of doctors/ specialist/hospitals, the patient has been referd to any doctors.*

Nama / Name	Alamat / Address

12. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang menurut anda dapat membantu Bagian Klaim untuk memproses klaim ini.  
*If there is any further information which will assist our claim department 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 (Licence Number): \_\_\_\_\_