



**SURAT KETERANGAN DOKTER / DOCTOR'S REPORT
PANKREATITIS BERULANG KRONIK, PANKREATITIS
NEKROHEMORAGIK AKUT /
CHRONIC RECURRENT PANCREATITIS, NECROHEMORRHAGIC
ACUTE PANCREATITIS**

INFORMASI PASIEN /PATIENT INFORMATION

Diisi oleh Dokter yang Merawat (*Filled by Treating Doctor*)

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?
Are you the family doctor of the patient above?

Sejak kapan Anda menjadi dokter keluarga yang biasa dikunjungi pasien?
Since when you become a family doctor who usually visited by patient?

Ya Tidak
Yes No

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 ANAMNESA, 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?

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 diagnosis secara rinci ?

Please provide the diagnosis in detail.

2. Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan?
First time diagnosis was made
-



3. Apakah sudah terjadi kerusakan pankreas yang berat dan progresif pada pasien?
Bila "Ya", mohon jelaskan dan lampirkan hasil pemeriksaan yang menunjang diagnosa.
Have severe pancreatic damage and progressive on the patient?
If "Yes", please explain and attach the results of supporting diagnosis test

4. . Apakah kondisi pasien disebabkan oleh / *Are the patient's condition caused by:*

- a. Pankreatitis akut yang terjadi berulang selama 2 tahun berturut-turut;
Recurrent acute pancreatitis for a period of at least 2 years in a row; Ya Tidak
Yes No
- b. Penumpukan kalsium yang merata di pankreas yang dibuktikan dengan pemeriksaan imaging; dan
Generalize calcium deposits in pancreas from imaging study; and Ya Tidak
Yes No
- c. Kegagalan fungsi pankreas yang menahan dan berlangsung terus menerus yang menyebabkan gangguan penyerapan di usus (lemak berlebih dalam feces) atau penyakit kencing manis
Chronic continuous pancreatic function impairment resulting in mal-absorption of intestine (high fat in stool) or diabetes melitus Ya Tidak
Yes No

5. Apakah terjadi peradangan akut dan nekrosis pada parenkim pankreas, nekrosis enzimatik fokal pada lemak pankreas dan pendarahan yang disebabkan oleh pada pembuluh darah pada pasien?

Are there acute inflammation and necrosis of pancreas parenchyma, focal enzymic necrosis of pancreatic fat and hemorrhage due to blood vessel necrosis in this patient?
Jika "Ya", mohon jelaskan dan melampirkan hasil pemeriksaan yang menunjang
If "Yes", please explain and attach the results of supporting test

6. Apakah diperlukan operasi pembersihan jaringan nekrosis atau pankreatektomi?
Does it required surgical clearance of necrotic tissue or pancreatectomy Ya Tidak
Yes No

Jika Ya, kapan dilakukan operasi pembersihan jaringan nekrosis atau pankreatektomi tersebut? If Yes, when is the surgical clearance of necrotic tissue or pancreatectomy done?

7. Mohon lampirkan semua hasil laporan pemeriksaan (termasuk hasil histologi) dan lain-lain yang telah dilakukan beserta kesimpulan
Please attach results of any examination performed and provide remarks if any



8. Tindakan dan pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini?
What kind of treatment or medication is being done for the recovery and what kind of medicine has been given up until now?

10. 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 which you refer to handle the patient

Nama / Name	Alamat / Address

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 detail



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): _____