



**SURAT KETERANGAN DOKTER / DOCTOR'S REPORT**  
**PENYAKIT HATI KRONIK, HEPATITIS VIRUS FULMINAN , KOLANGITIS SKLEROSA PRIMER**  
**KRONIK SIROSIS HATI, OPERASI HATI /**  
*CHRONIC LIVER DISEASE, FULMINANT VIRAL HEPATITIS, CHRONIC PRIMARY SCLEROSING*  
*CHOLANGITIS LIVER CIRRHOSIS, LIVER SURGERY*

**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?  
*Are you the family doctor of the patient above?*  Ya  Tidak  
*Yes No*
- Sejak kapan Anda menjadi dokter keluarga yang biasa dikunjungi pasien?  
*Since when you become a family doctor who usually visited by patient?*  -  -  *tgl-blh-thn*  
*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 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/ <i>Symptom - Disease</i>	Pertama kali terdeteksi/ <i>First detected</i>

4. Kapan untuk pertama kali pasien mengetahui tentang penyakitnya?  
*When did the patient first become aware of the disease?*

---

---

---

5. 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>

6. 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 jelaskan diagnosa secara rinci  
*Please provide your diagnosis in details*

---

---

---

---

2. Mohon jelaskan secara rinci gejala yang ada dan kapan gejala tersebut mulai timbul.  
*Please explain in detail the symptoms and when symptoms appear.*

---

---

---

---



3. Apakah yang menyebabkan terjadinya penyakit tersebut diatas? Mohon jelaskan secara rinci.  
*What was the cause of the disease above ? Please explain in detail*

---



---



---



---

4. Untuk Sirosis Hepatis, mohon agar dapat diberikan informasi mengenai nilai Skor HAI Knodell  
 For Liver Cirrhosis , please give the detail information about HAI Knodell Score

---



---



---



---

5. Untuk **Hepatitis Virus Fulminant**, Apakah sudah ditemukan adanya / For **Fulminant Viral Hepatitis**, Have you found:

- |   | Ya / Yes                 | Tidak / No               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. <u>Pengecilan hati secara cepat</u><br><i>Rapidly decreasing liver size</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Kematian parenkim hati meliputi hampir seluruh lobus hati, dan menimbulkan kerusakan retikular dan fungsinya.</u><br><i>Liver parenchyma death including almost all liver lobus, and causes reticular damages and its functions</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <u>Kerusakan parenkim hati yang masif</u><br><i>Massive liver parenchym damages</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. <u>Ikterus yang nyata</u><br><i>Obvious icterus</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. <u>Hepatik ensefalopati</u><br><i>Hepatic encephalopathy</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Untuk **Penyakit Hati Kronik** : Apakah penyakit hati tersebut sudah dalam tahap akhir?  
 Jika Ya, apakah ada tanda berikut:  
*For Chronic Liver Disease : Has the liver disease on this patient already in final stage?*  
*If Yes, is there any sign of :*

- |   | Ya/Yes                   | Tidak/No                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. <u>Kuning yang permanent</u><br><i>Permanent jaundice</i>      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Ascites</u><br><i>Ascites</i>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <u>Ensefalopati hapatikus</u><br><i>Hepatic Encephalopathy</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan ( tes fungsi hati, USG, biopsi, endoscopy, oesofagogram, dll ) yang telah dilakukan beserta kesimpulan  
*Please attach test results ( liver function tests, ultrasound, biopsy, endoscopy, oesofagogram, etc. ) that have been done and the conclusions.*

---



---



---



8. Apakah telah dilakukan biopsi hepar ? Jika Ya, mohon penjelasan anda mengenai hasil biopsy tersebut.  
*Has liver biopsy been done ? If Yes, please kindly explain the result*

---



---



---



---

9. Apakah terjadi varises esofagus yang menyebabkan terjadinya pendarahan esofagus? Ya/Yes Tidak/No  
 Jika Ya, mohon jelaskan berapa kali perdarahan esofagus yang dialami dan tanggal terjadi perdarahan tersebut?  
*Are there esophageal varices that cause esophageal bleeding?*  
*If Yes, please explain how many times the esophageal bleeding occur and the date of the bleeding?*

---



---



---



---

10. Untuk hepatitis autoimun, apakah ditemukan adanya:  
*For Autoimmune Hepatitis, Is it found:*

- |  | Ya/Yes                   | Tidak/No                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. <u>Hipergammaglobulinaemia</u><br><i>Hypergammaglobulinaemia</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Adanya salah satu auto-antibodi berikut:</u><br><i>The presence of at least one of the following auto-antibodies</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Antibodi Anti-nuklear / <i>Anti-nuclear antibodies</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Antibodi Anti Otot Polos / <i>Anti-smooth muscle antibodies</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Antibodi Anti-aktin / <i>2.3 Anti-actin antibodies</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Antibodi Anti-LKM-1 / <i>Anti-LKM-1 antibodies</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Antibodi Anti-LC 1 / <i>Anti- LC1 antibodies</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Antibodi Anti-SLA/LP / <i>Anti-SLA/LP antibodies</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Untuk Kolangitis Sklerosa Primer Kronik, apakah sudah ada terapi sbb:  
*For Chronic Primary Sclerosing Cholangitis, are there any treatment as follows:*

- |  | Ya / Yes                 | Tidak / No               |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. <u>Terapi imunosupresif?</u><br><i>Immunosupresive therapy?</i>                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Terapi untuk pruritis kronik?</u><br><i>Therapy for intractable pruritis?</i>                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <u>Balloon / stenting saluran empedu?</u><br><i>Balloon dilation or stenting of the bile ducts?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

12. Terapi ataupun obat-obat apa yang diberikan pasien untuk penyakit tersebut? Mohon dijelaskan secara rinci  
*What is the treatment or medication given to the patient for the above disease? Please explain*

---



---



---



---

13. Apakah pasien sudah diberikan pengobatan dengan Imunosupresif? Mohon jelaskan obat yang digunakan  
*Has the patient given Immunosuppressive medication? Please explain the medication in detail*




---



---



---

Jika Ya, Sudah berapa lama obat-obat Imunosupresif tersebut dikonsumsi oleh pasien?  
*If Yes, How long the patient received the Immunosuppressive medication?*

---



---



---

14. Apakah obat-obatan Imunosupresif diberikan secara terus menerus?  
*Did the Immunosuppression medication given to the patient continuously?*

Ya/Yes

Tidak/No



Untuk berapa lama obat imunosupresif diberikan kepada pasien?  
*How long the immunosuppression was taken by the patient?*

---



---



---

15. Mohon penjelasan mengenai tindakan operasi yang telah dilakukan ( pengangkatan satu lobus hati )  
*Please explain about surgery that done to this patient ( removal one lobus of liver )*

---



---



---

16. 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.*

---



---



---

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

Nama / Name	Alamat / Address

18. 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:

<p>Nama / Name: _____ SIP (License Number): _____</p>
---