



SURAT KETERANGAN DOKTER-DOCTOR'S REPORT

PENYAKIT JANTUNG (termasuk Serangan Jantung, Coronary Artery Bypass Grafting, Penyakit Jantung Koroner, Operasi Katup Jantung, Operasi Pembuluh Aorta, Pulmonari Arterial Hipertensi Primer, Sindrom Eisenmenger, Kardiomiopati, Endokarditis Infektif, Perikarditis, Angioplasti) /

HEART DISEASES (include Heart Attack, Coronary Artery Bypass Grafting , Coronary Artery Disease, Heart Valve Surgery, Aorta Surgery, Primary Pulmonary Arterial Hypertension, Eisenmenger Syndrome, Cardiomyopathy, Infective Endocarditis, Pericarditis, Angioplasty)

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 Bertanggung 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-bl-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 ?

Please provide the diagnosis in detail.



Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan?

First time diagnosis was made

2. Mohon dijelaskan hasil pemeriksaan kateterisasi jantung.
Please explain cardiac catheterization result

3. Mohon penjelasan anda mengenai tindakan operasi yang telah dilakukan pada pasien.
Please explain about surgery that has been done to the patient

4. Mohon disebutkan pembuluh darah jantung mana saja yang dilakukan by-pass grafting
Please explain which of coronary vessel was done by pass grafting

5. Dari hasil pemeriksaan anda, mohon uraikan gejala, tanggal kejadian dan durasi dari gejala yang akut.
Based on your examination, please give details the symptoms, incident date and duration of acute symptoms.

Tanggal / Date	Gejala / Symptoms	Durasi / Duration

6. Dari pemeriksaan fisik, apakah sudah ada gangguan fisik yang bersifat menetap
Based on physical examination, is there any permanent physical impairment ? Ya / Yes Tidak / No

7. Dengan menggunakan penggolongan dari The New York Heart Association Functional Classification, termasuk dalam kategori kelas berapakah kondisi pasien tersebut diatas ?
Based on The New York Heart Association Functional Classification, in which class did the patient condition belong?

8. Apakah didapatkan gejala-gejala dan tanda-tanda gagal jantung kongestif pada pasien? Jika Ya, Mohon jelaskan gejala yang dialami tersebut
Are there any symptoms and signs of congestive heart failure in the patient? If Yes, Please describe the symptoms in this patient

9. Untuk Endokarditis Infektif, Apakah didapatkan hasil positif yang membuktikan adanya infeksi organisme dari kultur darah?
For Infective Endocarditis, Are there any positive results of the blood culture proof the infectious organism(s)?



10. **Untuk Endokarditis Infektif**, Apakah jenis kerapuhan katup jantung yang dialami oleh pasien?

For Infective Endocarditis, What type of heart valve incompetence in this patient?

- Stenosis / Stenosis Regurgitasi / Regurgitation

Mohon jelaskan persentase kerapuhan katup jantung yang dialami

Please explain the percentage of heart valve incompetence in this patient

11. Untuk Perikarditis Konstriktif, Apakah dilakukan tindakan untuk melepaskan dan menyingkirkan semua perikardium pada torakotomi karena perikarditis konstriktif pada pasien?

For Constrictive Pericarditis, Is there any action to undergoing of the stripping and removal of the entire pericardium at open thoracotomy due to constrictive pericarditis?

12. **Untuk Cardiomyopathy Hypertrophic**, Apakah kondisi cardiomyopathy hypertrophic yang dialami pasien?

For Hypertrophic Cardiomyopathy, What is the condition of the hypertrophic cardiomyopathy experienced by the patient?

- Cardiomyopathy Hypertrophic Septal Cardiomyopathy Hypertrophic Apical

13. Tindakan apa yang telah dilakukan sehubungan dengan diagnosa diatas dan bagaimana prosedur dari tindakan tersebut?

What steps / treatment were taken in relation with the diagnosis and what are the procedure?

Tanggal / Date	Tindakan dan Saran / Suggestion and Steps

14. Apakah teknik Operasi Koroner Bypass Jantung yang dilakukan pada pasien

What is the Coronary Artery Bypass Grafting technic performed on the patient?

- Coronary Artery Bypass Graft (CABG) Minimally Invasive Direct Coronary Artery Bypass (MIDCAB)
 Transmyocardial Laser Theraphy Lainnya / Others : _____

15. Untuk Cardiomyopathy Hypertrophic, Apakah kondisi pasien memerlukan operasi miomektomi atau ablasi septal?

For Hypertrophic Cardiomyopathy, Does the patient's condition need myomectomy surgery or a septal ablation?

- Ya/Yes Tidak/No

16. 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



17. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan (hasil lab, ECG, Echocardiografi, treadmill, enzim jantung, imaging, angiografi dll)

Please attach results of any examination performed and provide remarks if any (resting ECG, echocardiography, exercise stress tests / treadmill, cardiac enzyme, imaging, angiography etc).

Pemeriksaan / Tests	Kesimpulan / Results

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



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): _____