



SURAT KETERANGAN DOKTER-DOCTOR'S REPORT
PENYAKIT KAKI GAJAH, PENYAKIT CREUTZFELDT JAKOB,
DEMAM BERDARAH DENGUE, PENYAKIT TANGAN KAKI DAN MULUT /
FILARIASIS LIMFATIK, CREUTZFELDT JACOB DISEASE, DENGUE
HAEMORAGIC FEVER, HAND FOOT MOUTH DISEASE

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 Tidak
Are you the family doctor of the patient above? Yes No

Sejak kapan Anda menjadi dokter keluarga yang biasa dikunjungi pasien? - - **tgl-blh-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 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>

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 anda secara rinci
Please provide your diagnosis

Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan ?
When the first time diagnosis was made?

2. Mohon jelaskan secara rinci gejala yang dialami
Please describe in detail the symptoms

3. Mohon di jelaskan secara lengkap penyebab dari penyakit tersebut diatas
Please explain in detail the cause of the disease.

4. Untuk Penyakit Kaki Gajah Kronis, Apakah penyakit kaki gajah kronis yang diderita pasien:

For Elephantiasis : Does the elephantiasis suffered by the patient:

Ya / Yes Tidak / No

a. Menyebabkan pembengkakan yang berat dan menetap, mulai dari lengan, kaki atau bagian tubuh lain.
Causing severe and permanent oedema of arm, leg or other part of body

b. Diakibatkan oleh penyumbatan kelenjar limfe?
Caused of lymphatic obstruction?

c. Ditemukan infeksi Microfilaria dari pemeriksaan Laboratorium?
Found microfilariae infection from laboratory examination?

5. Untuk DEMAM PENDARAHAN EBOLA : Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pada pasien ditemukan adanya :

For EBOLA HEMORRHAGIC FEVER : According to the examination, is the patient suffered from :

a. Demam
Fever

Ya/Yes

Tidak/No

Jika "Ya", berapa derajat suhu tubuh pasien?
If "Yes", how many degrees the temperature of this patient?

b. Adanya pendarahan mukosa atau gastrointestinal
Mucosal or gastrointestinal bleeding has occurred

Ya/Yes

Tidak/No

6. Untuk Penyakit Creutzfeldt - Jakob (Penyakit Sapi Gila) : Apakah ada tanda-tanda dan gejala-gejala disfungsi serebral, demensia progresif parah, kejang otot yang tidak dapat dikendalikan, tremor dan atetosis?

Ya
 Yes

Tidak
 No

For Creutzfeldt - Jakob Disease (Mad Cow Disease) : Are there any signs and symptoms of cerebellar dysfunction, severe progressive dementia, uncontrolled muscle spasm, tremor and athetosis?

Jika "Ya", mohon jelaskan secara rinci tanda-tanda dan gejala-gejala yang dialami pasien secara rinci
If Yes, please describe the patient's symptoms in detail

Yes No

7. Untuk Demam Berdarah Dengue, Dengan menggunakan Klasifikasi World Health Organization, termasuk dalam derajat berapakah kondisi pasien tersebut diatas?

For Dengue Haemorrhagic Fever , Based on the World Health Organization Classification, in which class the patient condition belong?



8. Untuk **Demam Berdarah Dengue** : Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, bagaimanakah kondisi pasien saat perawatan : For *Dengue Haemorrhagic Fever* : According to the examination, how is the condition of this patient during hospitalization :

- a. **Tingkat Kesadaran** :
Qualitative Awareness Levels
- b. **Tekanan Darah** : mmHg
Blood pressure
- c. **Nadi** : kali / menit
Pulse
- d. **Sianosis** : Ya / Tidak
Cyanosis
Yes / No
- e. **Syok** : Ya / Tidak
Shock
Yes / No
- f. **Gejala lainnya, mohon sebutkan** :
Other symptoms, please describe

9. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan laboratorium darah, punksi lumbal, CT Scan, MRI, EEG dll yang telah dilakukan dan bagaimana hasil ataupun kesimpulannya
Please provide blood test result, lumbal puncture/ cerebrospinal fluid, CT Scan, MRI, EEG etc and the result / summary

10. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini?
What is the treatment being done for the recovery and medication that patient having right now?

11. Untuk **Penyakit Tangan, Kaki, dan Mulut** : Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pada pasien ditemukan adanya :
For Hand, Foot and Mouth Disease : According to the examination, is the patient suffered from :

- a. Apakah ada kondisi lain yang dialami pasien akibat penyakit yang diderita pasien, Ya/Yes Tidak/No seperti Radang Otak (Ensefalitis)?
Are there any other illnesses suffered by patients, such as inflammation of the brain (encephalitis)?

Jika "Ya", mohon jelaskan bukti terjadinya radang otak (ensefalitis)
If "Yes". Please provide the result that showing a inflammation of the brain (encephalitis)?

- b. Apakah ada kondisi lain yang dialami pasien akibat penyakit yang diderita pasien, Ya/Yes Tidak/No seperti Radang Otot Jantung (Miokarditis)?
Are there any other illnesses suffered by patients, such as inflammation of the heart muscle (myocarditis)?

Jika "Ya", mohon jelaskan bukti terjadinya radang otot jantung (myocarditis)?
If "Yes". Please provide the result that showing a inflammation of the heart muscle (myocarditis) ?



12. Apakah ada gejala defisit neurologis yang dialami oleh pasien? Ya/Yes Tidak/No
Are there any symptoms of neurological deficits suffered by patient?

Jika "Ya", mohon jelaskan defisit neurologis yang dialami
If "Yes", please explain the neurological deficits suffered by patient

13. Apakah pasien diharuskan melakukan perawatan di ICU ? Ya/Yes Tidak/No
Is the patient need ICU treatment?

Jika "Ya", apa indikasi diperlukan perawatan di ICU pada pasien?
If "Yes", what was the indication this patient needs ICU treatment?

14. 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

15. 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:

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