



**SURAT KETERANGAN DOKTER / DOCTOR'S REPORT  
PENYAKIT KANKER, METASTASIS OTAK /  
CANCER, CEREBRAL METASTASIS**

**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-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 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?

*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. Sebutkan jenis kanker dan organ tubuh yang terkena?



Please describe about cancer's type and which organ is affected?

---

---

---

---

3. Jelaskan hasil Patologi Anatomi yang telah dilakukan (makroskopik dan mikroskopik). Mohon lampirkan hasilnya  
Please explain the Pathology Anatomy result (macroscopy and microscopy). Please attached a copy

---

---

---

---

4. Mohon jelaskan mengenai stadium dari penyakit kanker yang diderita pasien  
Please explain the stage of the cancer suffered by the patient

---

---

---

---

5. Mohon gambarkan keadaan ini dengan menggunakan kriteria klasifikasi stadium yang sesuai  
Please describe this using the appropriate staging classification

---

---

---

---

6. Apakah kanker terlokalisir secara lengkap?  
Was the cancer completely localized?

---

---

---

---

7. Adakah ada penyebaran pada jaringan-jaringan disekitarnya? Mohon dijelaskan  
Was there any invasion to the surrounding tissue? Please explain

---

---

---

---

8. Apakah kelenjar-kelenjar getah bening sekitarnya terinfeksi?  
Were regional lymph nodes involved?

---

---

---

---

9. Apakah ada penyebaran ke organ tubuh yang berjauhan? Mohon dijelaskan  
Were there any distance metastase to other organ? Please explain

---

---

---

---

10. Apakah ada penyebaran ke otak?  Ya/Yes  Tidak /No



Is there any metastase to brain?

Mohon penjelasan TS?

*Please explain?*

---

---

---

11. Apakah ada bukti bertambahnya ukuran tumor?  Ya/Yes  Tidak /No  
*Are there any evidence of increasing tumor size?*

Mohon penjelasan TS?

*Please explain?*

---

---

---

12. Apakah ada gejala memburuknya disfungsi neurologis?  Ya/Yes  Tidak /No  
*Are there any symptoms of worsening neurological dysfunction?*

Jika Ya, mohon jelaskan dengan detail?

*If Yes, please explain in detail?*

---

---

---

13. Untuk penyakit LEUKEMIA, mohon berikan rincian mengenai jenis LEUKEMIA dan stadium (berdasarkan RAI).  
*For LEUKEMIA, please provide details of LEUKEMIA type and staging (RAI staging)*

---

---

---

14. Untuk MELANOMA MALIGNA, mohon berikan informasi mengenai stadium (berdasarkan Breslow dan Clark Level)  
*For MELANOMA MALIGNUM, please provide details of staging (based on Breslow and Clarck Level)*

---

---

---

15. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan  
*Please attached with medical report, result of laboratorium with the summary*

---

---

---

16. Obat-obatan apa saja yang sedang dikonsumsi pasien sehubungan dengan gejala atau penyakit diatas?  
*What kind of medication did the patient consumed related to the above symptom or disease?*

---

---

---

17. Mohon penjelasan mengenai operasi yang telah dilakukan (pengangkatan sebagian atau seluruh organ)  
*Please explain about surgery that done to this patient (partial or complete organ removal)*

---

---



- 
18. 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

19. 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:

Nama / Name: \_\_\_\_\_  
SIP (License Number): \_\_\_\_\_