



SURAT KETERANGAN DOKTER / DOCTOR'S REPORT
POLIOMIELITIS, BULBAR PALSY PROGRESIF,
MUSCULAR DYSTROPHY, MIASTENIA GRAVIS /
POLIOMYELITIS, BULBAR PALSY PROGRESSIVE,
MUSCULAR DYSTROPHY, MYASTENIA GRAVIS

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 Yes Tidak No
Are you the family doctor of the patient above?
- Sejak kapan Anda menjadi dokter keluarga yang biasa dikunjungi - - tgl-bl-n 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>Nam</i> | Alamat/ <i>Adres</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 detail

2. Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan?

First time diagnosis was made

Mohon jelaskan secara rinci gejala yang ada dan kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.

Please describe in detail the symptoms and when symptoms begin to appear.



3. Apakah ada gangguan pada alat pancaindra, cairan cerebrospinal atau gangguan ketegangan gerakan otot yang tidak normal?

Jika Ya, mohon jelaskan secara rinci

Are there any abnormality in sensory organ, cerebrospinal fluid, or movement disorders of muscle tension?

If yes, please explain in detail

4. Mohon jelaskan otot-otot di bagian tubuh mana saja yang terkena.

Please describe which muscles that affected

5. Dari pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah ditemukan adanya kekurangan kendali pada gaya berjalan dan keseimbangan? Jika Ya, mohon dijelaskan secara rinci

According to the examination, is there any lack of control on gait and balance? If Yes, Please explain in detail

6. **Untuk Atrofi Otot Progresif:** Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pada pasien ditemukan adanya:

For Progressive Muscular Atrophy: According to the examination, is the patient suffered from:

a. Penurunan masa otot Ya/Yes Tidak/No
The wasting of muscles

b. Peningkatan spastisitas otot Ya/Yes Tidak/No
Increased spasticity of muscles

7. **Untuk Sklerosis Lateral Amiotropik:** Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pada pasien ditemukan adanya:

For Amyotrophic Lateral Sclerosis: According to the examination, is the patient suffered from:

a. Kelemahan dan atrofi otot Ya/Yes Tidak/No
Muscular weakness and atrophy

b. Disfungsi pada anterior cell horn Ya/Yes Tidak/No
Anterior horn cell dysfunction

c. Fasikulasi otot yang terlihat Ya/Yes Tidak/No
Visible muscle fasciculations

d. Hiperaktif refleks tendon dalam Ya/Yes Tidak/No
Hyperactive deep tendon reflexes

e. Hiperaktif refleks plantar luar Ya/Yes Tidak/No
Hyperactive exterior plantar reflexes

f. Disatria Ya/Yes Tidak/No
Dysarthria

g. Disfagia Ya/Yes Tidak/No
Dysphagia

8. Berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan, apakah ada ciri-ciri kelemahan otot proksimal yang mendalam dan pengecilan otot, terutama dibagian kaki, diikuti oleh otot bawah? Jika Ya, mohon dijelaskan secara rinci

According to the examination, are there any profound proximal muscular weakness and wasting, primarily in the legs, followed by distal muscle involvement? If Yes, please explain in detail

9. Apakah ada kelumpuhan pada bagian kepala, kesulitan untuk mengunyah dan menelan, kesulitan dalam berbicara, muncul tanda-tanda secara terus-menerus terlibatnya saraf tulang belakang dan pusat motorik dalam otak dan kelemahan kejang dan atrofi otot pada tingkat ekstrim?

Jika Ya, mohon jelaskan secara rinci

Are there any paralysis in the head region, difficulties in chewing and swallowing, problems in speaking, persistent signs of involvement of the spinal nerves and the motor centres in the brain and spastic weakness and atrophy of the muscles of the extremities?

If Yes, please explain in detail

10. Untuk Myasthenia Gravis, Dengan Menggunakan Klasifikasi Klinis dari Yayasan Myasthenia Gravis Amerika, termasuk kelas berapakah kondisi kelemahan otot yang diderita pasien? Mohon jelaskan

Based on The Myasthenia Gravis Foundation of America Clinical Classification, in which class the patient's muscular weakness condition belong?

11. Apakah didapatkan atrofi otot tulang belakang yang ditandai dengan disfungsi progresif dari sel tanduk anterior pada susunan tulang belakang dan saraf kranial batang otak dengan kelemahan yang mendalam dan disfungsi bulbar? Jika Ya, mohon di jelaskan

Is there any spinal muscular atrophy characterised by progressive dysfunction of the anterior horn cells in the spinal cord and brainstem cranial nerves with profound weakness and bulbar dysfunction?

12. Untuk Amiotrofi Tulang Belakang: Termasuk dalam tipe berapakah Amiotrofi tulang belakang yang terjadi?

For Spinal Amiotrophy: in which type Spinal Amiotrophy the patient condition belong?

13. Apakah diagnosa telah ditegakan dengan menggunakan:

Had the diagnosis been confirmed by:

a. Electromiogram? Ya Tidak
Electromyogram? Yes No

b. Biopsi otot? Ya Tidak

Muscle biopsy? Yes No

14. Mohon lampirkan semua hasil laporan pemeriksaan neurologi, hasil electromiogram, biopsi otot, hasil laboratorium dan lain-lain telah dilakukan dan hasil/kesimpulan yang ada

Please attach results of any examination performed (neurology examination, electromyogram, muscle biopsy, laboratory etc) and provide the result/summary

15. 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 what is medication that patient having right now?

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. Apakah pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan orang lain?

Ya/Yes

Tidak/No

Can the patient to daily activities without any help from others?

Jika jawaban tidak, Aktivitas sehari-hari yang tidak dapat dilakukan oleh pasien adalah:

If No, Patient can not do daily activity such as :

Mandi/Taking bath

Buang Air/Relieving

Berpakaian/Dressing

Beralih tempat (naik atau turun dari tempat tidur)/Moving

Menyuaip/Feeding

Berpindah dari satu tempat ke tempat lain pada lantai yang datar tanpa menggunakan kursi roda/Transferring

Jika jawaban tidak, Sudah berapa lama pasien tidak bisa melakukan aktivitas tersebut diatas?

If No, For how long did the patient can't do the above activity?

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:

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