



**SURAT KETERANGAN DOKTER-DOCTOR'S REPORT**  
**ARTRITIS REMATOID, ARTRITIS SISTEMIK KRONIK PADA ANAK /**  
**RHEUMATOID ARTHRITIS, SYSTEMIC ARTHRITIS CHRONIC CHILD**

**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-yyy*
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?*  
 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 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 jelaskan diagnosa secara rinci berdasarkan kriteria dari American College of Rheumatology

*Please provide your diagnosis in detail based on criteria of American College of Rheumatology.*

---

---

---

---



2. Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan?  
*First time diagnosis was made*

---

---

---

---

3. Mohon jelaskan secara rinci gejala yang dialami  
*Please describel the symptoms in detail*

---

---

---

---

4. Mohon jelaskan kerusakan dan kelainan bentuk / deformitas dari sendi - sendi pasien (paling sedikit 3 sendi) beserta bukti radiologis penyempitan ruang sendi, erosi dan deformitas.  
*Please describe the destruction and deformity of this patient's joints (at least 3 joints) along with radiological evidence of joint space narrowing, erosin and deformity.*

---

---

---

---

5. Berdasarkan pemeriksaan radiologis yang telah dilakukan, apakah pada pasien ditemukan adanya kerusakan sendi berupa:  
*Based on the radiological examinatin. Is the patient suffered joint damage from:*

	Ya/Yes	Tidak/No
a. <u>Penyempitan ruas sendi</u> <i>Joint space narrowing</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <u>Erosi</u> <i>Erosion.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <u>Deformitas sendi</u> <i>Deformity</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mohon jelaskan sendi yang mengalami kerusakan dan mohon lampirkan bukti radiologis yang menunjang  
*Please explain the damaged joint and please attach the radiologic evidence supporting*

---

---

---

---

6. Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pada pasien ditemukan adanya:  
*Based on the examination, is the patient suffered from:*

	Ya/Yes	Tidak/No
a. <u>Demam harian dan berpuncak tinggi</u> daily (quotidian) fevers and high spiking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <u>Ruam yang cepat hilang</u> evanescent rash.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <u>Artritis</u> <i>arthritis</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <u>Splenomegali</u> <i>splenomegaly</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



- e. Limfadenopati / lymphadenopathy.
- f. Serositis / Serositis
- g. Penurunan berat badan weight loss
- h. Leukositosis Neutrofilia neutrophilic leucocytosis
- i. Naiknya protein fase akut increased acute phase proteins
- j. Naiknya Antibodi Antinuklear (ANA) increased Antibodi Antinuklear (ANA)
- k. Naiknya Faktor Reumatoid (RF) Increased Rheumatoid Factor (RF)

7. Apakah penyakit ini pada pasien merupakan gangguan auto imun? Jika Ya, Mohon jelaskan secara rinci  
*Is this patient's disease caused by / associated with autoimmune disorder? If "yes", please explain in detail*

---



---



---



---

8. Apakah pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan orang lain?  
*Can the patient do daily activities without any help from others?*

Aktivitas sehari-hari apa saja yang tidak dapat dilakukan oleh pasien?  
*Patient can't do daily activity such as:*

- Mandi / Taking a bath
- Berpakaian / Dressing
- Menyupai / Feeding
- Buang Air / Relieving
- Beralih tempat (naik atau turun dari tempat tidur) / Moving
- berpindah dari satu tempat ke tempat lain pada lantai yang datar tanpa menggunakan kursi roda / Transferring

Sudah berapa lama pasien tidak bisa melakukan aktivitas tersebut diatas?  
*For how long did the patient can't do the above activity*

---



---



---

9. Mohon kami dilampirkan laporan medis, hasil laboratorium dan hasil-hasil test yang mendukung diagnosis penyakit diatas, beserta kesimpulan  
*Please attach results of any examination performed and provide remarks if any*

Jenis Pemeriksaan / Test	Kesimpulan / Result



---

---

---

10. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini?  
*Please explain the therapy and medical intervention that given to this patient.*

---

---

---

11. 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

12. 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): \_\_\_\_\_