



**SURAT KETERANGAN DOKTER / DOCTOR'S REPORT
SKLERODERMA PROGRESIF / PROGRESSIVE SCLERODERMA**

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

Sejak kapan Anda menjadi dokter keluarga yang biasa dikunjungi pasien?
Since when you become a family doctor who usually visited by patient? - - *tgl-bln-thn*
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 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>

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/ <i>Name</i>	Alamat/ <i>Address</i>

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.

2. 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 Skleroderma Progresif yang diderita pasien sudah bermanifestasi secara sistemik?

Mohon dijelaskan secara rinci organ tubuh mana yang sudah terkena.

Does Progressive Scleroderma suffered by the patient already manifest into a systemic? Please explain in detail the organs which already exposed

4. Apakah sudah dilakukan biopsi dan pemeriksaan serologis?

Ya / Yes

Tidak / No

Had any biopsy and serology test been done?

Jika ya, mohon dilampirkan hasil biopsi dan pemeriksaan serologis

If Yes, please attach the examination result

5. Apakah penyakit pada pasien telah menyebabkan /

Has the patient's disease caused

Ya / Yes

Tidak / No

a. Deposit kalsium pada kulit (calcinosis)

Deposits of calcium (calcinosis)

b. Penebalan kulit jari tangan atau kaki (sclerodactily)

Skin thickening of the finger or toes (sclerodactily)

c. Kelainan pada oesophagus

Oesophagus disorder

d. Telangectasia

Telangectasia (dilated capillaries)

e. Spasme arteri pada ekstremitas

Artery spasms in the extremities

6. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan (biopsi, hasil serologi, USG, laboratorium dll) yang telah dilakukan beserta kesimpulan

Please attach results of any examination performed (biopsy, serology, USG, laboratory report etc) and the summary

7. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini?

What kind of treatment or medication is being done for the recovery and what kind of medicine has been given up until now?

8. Bagaimana keadaan pasien saat ini dan bagaimana prognosisnya? Mohon jelaskan secara rinci.

How is the state of the patient now and how is the prognosis? Please explain in detail

9. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit rujukan untuk perawatan selanjutnya



Please give us the name and address of doctors/ specialist/hospital referral for further treatment

Nama / Name	Alamat / Address

10. 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 our claim department 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): _____