



**SURAT KETERANGAN DOKTER / DOCTOR'S REPORT**  
**STROKE, ANEURISMA OTAK, OPERASI OTAK, PEMASANGAN CEREBRAL SHUNT /**  
**STROKE, BRAIN ANEURYSM, BRAIN SURGERY, CEREBRAL SHUNT INSERTION**

**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?*  
  
Sejak kapan Anda menjadi dokter keluarga yang biasa dikunjungi  -  -  *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 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/Symptom - Disease	Pertama kali terdeteksi/First detected

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/Nam	Alamat/Adres

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 the diagnosis in detail*

---



---



---

Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan?

*When the first time diagnosis was made*

---



---



---

2. Dari pemeriksaan yang telah dilakukan, mohon jelaskan gejala, tanggal kejadian dan durasi dari gejala tersebut

*Based on your examintaion, please describe the symptoms, date and duration of symptoms.*

Tanggal / Date	Jenis Gejala / Nature of Episode	Durasi / Duration



--	--	--

3. Mohon jelaskan secara rinci tentang gejala-gejala dan tanda-tanda gangguan neurologis yang berlangsung lebih dari 24 jam, dan jelaskan buktinya secara rinci.

*Please give the details on neurological sequelae or neurological deficit which lasted more than 24 hours.*

---



---



---

4. Adakah infark pada otak, pendarahan atau embolisasi dari sumber ekstra kranial? Jika ya, sebutkan lokasi, luas dan akibatnya.

*Has there been an infarction of brain tissue, haemorrhage or embolisation from the extra cranial? If Yes, please give details*

---



---



---

5. Adakah penumpukan cairan pada rongga otak yang menyebabkan pembesaran ruang cairan Serebrospinal (CSF) akibat terhalangnya jalur antara sekresi di area ventrikel dan tempat penyerapan di ruang subarachnoid ?

**|Ya / Yes|      |Tidak / No|**

*Is there a buildup of fluid in the brain cavity that causes the enlargement of the cerebrospinal fluid (CSF) spaces resulting from obstruction of flow pathway between the secretion sites in the ventricles and absorption sites in the subarachnoid space?*

Mohon dijelaskan  
*Please explain*

---



---



---

6. Mohon dijelaskan tindakan operasi yang telah dilakukan ( seperti pemasangan cerebral shunt dll )

*Please give the details of the surgery had been done ( ie. cerebral shunt insertion etc )*

---



---



---

7. Apakah dilakukan operasi otak dengan tindakan kraniotomi (operasi membuka tengkorak)?

Ya / Yes       Tidak / No

*Did the brain surgery performed with craniotomy (surgical opening of skull)?*

Jika Ya, apakah tindakan tersebut menggunakan anastesi umum?

Ya / Yes       Tidak / No

*If Yes, did the action use general anesthesia?*

8. Apakah tindakan operasi otak yang dilakukan disebabkan oleh karena kecelakaan?

Ya / Yes       Tidak / No

*Did the brain surgery performed due to an accident?*

Jika "Tidak", Kenapa dilakukan operasi otak pada pasien? Mohon dijelaskan

*If "No", why is brain surgery done to the patient? Please explain*

9. Mohon kami dilampirkan laporan medis, hasil laboratorium, dan hasil-hasil test yang mendukung diagnosa penyakit di atas

*Please supply details of medical resume, radiological, CT Scanning, laboratory evidence as well as any other tests.*

---



---

---

---

10. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit rujukan untuk perawatan selanjutnya  
*Please give us the name and address of doctors/specialist/hospitals referral for further treatment*

N a m a / Name	A l a m a t / Address

11. 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): \_\_\_\_\_