



SURAT KETERANGAN DOKTER / DOCTOR'S REPORT
LUPUS ERITEMATOSUS SISTEMIK / SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

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 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/ <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 jelaskan diagnosa secara detail

Please explain in detail about the diagnosis



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

3. Apakah penyakit ini merupakan penyakit auto imun yang multisistemik? Mohon jelaskan.
Does the disease belong to multisystemic auto immune disease? Please explain.

4. Apakah penyakit ini telah di tandai dengan peningkatan auto imun yang menyerang berbagai antigen tubuh? Mohon jelaskan.
Does the increasing autoantibody had already attack various body antigen? Please explain

5. Sebutkan jenis Lupus Eritomatosus Sistemik, dan terletak di bagian organ tubuh yang mana yang terkena?
Please mention the category of this SLE, and what organ that already had attacked?

6. Jelaskan hasil biopsi yang telah dilakukan, mohon melampirkan fotocopy nya.
Please explain the biopsy result, and attached the biopsy report.

7. Apa faktor pencetus timbulnya Lupus Eritomatosus sistemik pada pasien? Apakah karena obat (drug induced)
What factors that trigger the occurrence of SLE in this patient? Drug induced?

8. Termasuk ke dalam Klasifikasi WHO kelas berapakah kondisi Lupus Nefritis yang diderita pasien? Mohon jelaskan.
What classification is the Lupus Nephritis based on WHO classification? Please explain

9. Mohon gambarkan keadaan pasien dengan menggunakan kriteria klasifikasi WHO yang tepat.
Please explain the patient condition based on WHO classification criteria



10. Apakah ada gejala Lupus di bagian tubuh yang lain?
Is there any symptom of Lupus in other part of the body?

11. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan
Please attach diagnostic test results on this patient and your expertise about it.

12. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang di berikan pada saat ini?
What is the treatment and medication that patient having right now?

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

Nama / Name	Alamat / Address

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): _____