



**SURAT KETERANGAN DOKTER / DOCTOR'S REPORT**  
**TUMOR OTAK, TUMOR PITUITARI, MENINGIOMA SPINAL, HEMATOMA SUBDURAL / BRAIN TUMOR, PITUITARY TUMOR, MENINGIOMA SPINAL SUBDURAL HEMATOMA**

**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  -  -  tgl-blh-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/Nam | Alamat/Adres |
|----------|--------------|
|          |              |

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.*

---

---

---

---

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

---

---

---

---

2. Sebutkan jenis Tumor yang diderita oleh pasien dan lokasinya  
*Please explain the type of Tumor and the location*

---

---

---

---

3. Jelaskan hasil Patologi Anatomi (makroskopik dan mikroskopik) dan mohon lampirkan fotocopynya.  
*Please provide the Patology Anatomy report (macroscopic dan microscopic) and please attached a copy*

---

---

---

---

4. Jelaskan hasil pemeriksaan CT scan atau MRI yang telah dilakukan, mohon lampirkan fotocopynya  
*Please provide the result of CT-Scan or MRI, please attached a copy if any*

---

---

---

---

5. Mohon gambarkan keadaan tumor dengan menggunakan kriteria klasifikasi stadium yang tepat  
*Please describe the tumor by using a stage/stadium criteria*

---

---

---

---



6. Apakah tumor telah terlokalisir secara lengkap?  
*Has the tumor been localized completely*

---

---

---

7. Apakah penyakitnya sudah mempunyai anak sebar? Dan adakah penyebaran pada jaringan-jaringan di sekitarnya?  
*Is there any metastase? And is there any spreading to the surrounding tissue?*

---

---

---

8. Apakah ada penyebaran ke jaringan tubuh yang berjauhan?  
*Has the tumour spread into another organ*

---

---

---

9. Apakah ditemukan adanya penyakit kongenital? Jika "Ya", mohon jelaskan  
*Do you find any evidence of congenital disease? If Yes, please give the detail information of the disease.*

---

---

---

10. Apakah sudah terjadi ancaman hidup akibat tumor ini? Mohon dijelaskan.  
*Is there a life threat condition caused by the tumour? Please explain*

---

---

---

11. Apakah tumor sudah menimbulkan kerusakan otak? Bila "Ya", bagian mana dan apa gejala yang ditimbulkannya?  
*Has the tumour caused any brain damage? Please explain*

---

---

---

12. Apakah sudah ada gejala peningkatan tekanan intra kranial? Bila "Ya", jelaskan gejala apa yang timbul  
*Is there any symptom related to increasing intracranial pressure? If the answer Yes, please explain the symptoms*

---

---

---



13. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan yang telah dilakukan beserta kesimpulan  
*Please attached with medical report, result of laboratorium and supporting diagnosis above*

---

---

---

14. Tindakan atau pengobatan apa yang sedang dilakukan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini  
*What kind of treatment or medication is being done and what kind of medicine has been given up until now*

---

---

---

15. Apakah pasien mengalami Subdural Hematoma?  Ya/Yes  Tidak/No  
*Does the patient suffer Subdural Hematoma?*

16. Jika Ya, apakah telah dilakukan pembedahan dengan Bur Hole untuk mengeluarkan hematoma subdural?  
*If Yes, has the surgery been done with bur hole surgery to the head to drain subdural hematoma?*  
 Ya/Yes  Tidak/No

17. Apakah penyebab dari Subdural Hematome adalah karena kecelakaan?  Ya/Yes  Tidak/No  
*Does the Subdural Hematoma as a result of an accident?*

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:

Nama / Name: \_\_\_\_\_  
SIP (License Number): \_\_\_\_\_