

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

RAHASIA / CONFIDENTIAL

No. Polis - Kode Cabang : -
Policy Number - Branch Code

Nama pasien :
Patient's Name

Tanggal Lahir : - - tgl-bln-thn
Birth date dd-mm-yyyy

No. KTP/SIM :
ID Card No.

Pekerjaan :
Occupation

Alamat : _____
Address _____

Kota : _____ Kode Pos :
City Postal Code

Nama tersebut di atas adalah Tertanggung pada PT Asuransi Allianz Life Indonesia yang mengajukan klaim sehubungan dengan penyakit yang disebutkan di atas. Agar kami dapat menilai keabsahan klaim tersebut, mohon bantuan dan kerjasama Anda agar dapat mengisi dan melengkapi formulir ini.

The above name is insured with PT Asuransi Allianz Life Indonesia who submitting claims related to the above disease
To enable us to assessing the claims, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form.

Pertanyaan-pertanyaan untuk Dokter yang merawat. Jika tidak mencukupi, harap jawaban ditulis dibalik formulir atau dilampirkan pada sehelai kertas.

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.

A. UMUM / GENERAL

1. Apakah anda adalah dokter keluarga pasien tersebut? Ya Tidak
Are you the family doctor of the patient above? Yes No
Jika "ya", sudah berapa lama anda mengenal pasien tersebut? _____
If "yes", for how long have you known him/her?

2. Kapan anda pertama kali memberikan konsultasi untuk kondisi ini, apa dan sejak kapan gejala tersebut timbul?
When you first provide consultation for this condition, what kind of symptoms and how long had the symptoms been present?

3. Menurut ANAMNESISA, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala diatas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini? Mohon uraikan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita pasien.
Has the patient previously sufferd from the condition specified above or any related illness?

| Penyakit - Gejala / Disease - Symptoms | Pertama Kali Terdeteksi / First Time Detected |
|--|---|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

4. Kapankah pasien pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?
When the patient first become aware of the illness?

5. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien
Please give us the name and address of doctors/ specialist/ hospitals visited by the patient

| Nama / Name | Alamat / Address |
|-------------|------------------|
| | |

6. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan pasien yang berhubungan dengan merokok, alkohol dan obat terlarang
Sebutkan jenisnya dan rata-rata konsumsi per hari.
Please provide about 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.

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

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

3. 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, erodin and deformity.

4. Berdasarkan pemeriksaan radiologis yang telah dilakukan, apakah pada pasien ditemukan adanya kerusakan sendi berupa:

Based on the radiological examination. Is the patient suffered joint damage from:

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

5. Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pada pasien ditemukan adanya:

Based on the examination, is the patient suffered from:

| | Ya / Yes | Tidak / No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Demam harian dan berpuncak tinggi / daily (quotidian) fevers and high spiking | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ruam yang cepat hilang / evanescent rash | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Arthritis / arthritis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Splenomegali / splenomegaly | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Limfadenopati / lymphadenopathy | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Serositis / Serositis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Penurunan berat badan / weight loss | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Leukositosis Neutrofilia / neutrophilic leucocytosis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Naiknya protein fase akut / increased acute phase proteins | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Naiknya Antibodi Antinuklear (ANA) / increased Antibodi Antinuklear (ANA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Naiknya Faktor Reumatoid (RF) / Increased Rheumatoid Factor (RF) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. 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

7. Apakah pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan orang lain?

Ya / Yes

Tidak / No

Can the patient do daily activities without any help from others?

Aktifitas sehari-hari apa saja yang tidak dapat dilakukan oleh pasien?

Patient can't do daily activity such as:

Mandi / Taking a bath

Buang Air / Relieving

Berpakaian / Dressing

Beralih tempat (naik atau turun dari tempat tidur) / Moving

Menyui / Feeding

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?

| |
|--|
| |
|--|

8. 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 / Tests | Kesimpulan / Result |
|---------------------------|---------------------|
| | |

9. 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.

| |
|--|
| |
|--|

10. Bagaimana keadaan pasien saat ini, dan bagaimana prognosinya? Mohon jelaskan secara rinci.

At present, how does the health condition and the prognosis of this patient? Please explain in detail

| |
|--|
| |
|--|

11. 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

| 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.

Informasi dan/atau keterangan yang Saya berikan pada Formulir Klaim Penyakit Kritis ini adalah benar, sesuai kondisi pasien pada saat dilakukan perawatan, dan sesuai dengan bidang keilmuan yang saya ketahui sebagai dokter. Dalam hal terdapat perubahan, penambahan, pengurangan, perbaikan, ralat dan/atau penarikan ("**Perubahan**") terhadap suatu informasi dan/atau keterangan pada Formulir ini yang berkaitan dengan diagnosa, maka Perubahan tersebut wajib didukung oleh Surat Keterangan Dokter dan dokumen pendukung medis lainnya berupa hasil laboratorium, Magnetic Resonance Imaging (MRI), CT Scan, rontgen, dan/atau Elektrokardiogram (EKG) yang membuktikan bahwa Perubahan tersebut benar dan sesuai.

*The information and/or statement I provide on this Critical Illness Claim Form is true, consistent with the patient's condition at the time of treatment, and conformable to the discipline that I have knowledge of as a physician. In the event of change, omission, revision, correction, and/or revocation ("**Change**") of any information and/or statement on this Form related to diagnosis, such Change must be accompanied by a Physician's Letter of Statement and other supporting medical documents, i.e. results of laboratory tests, Magnetic Resonance Imaging (MRI), CT Scan, X-ray, and/or Electrocardiogram (ECG) which prove that such Change is true and accurate.*

Nama Dokter
Doctor's Name

Alamat Dokter
Doctor's Address

Kode Pos:
Postal Code

Tanggal - -
Date

Tanda tangan dan stempel dokter
Stamp and signature of the doctor

PERHATIAN/ATTENTION:

DOKTER YANG MEMBERI SURAT KETERANGAN TENTANG KEADAAN KESEHATAN (TERMASUK MENGENAI ADA ATAU TIDAK ADANYA PENYAKIT, KELEMAHAN ATAU CACAT) ATAU KEMATIAN SESEORANG YANG TIDAK SESUAI DENGAN KEADAAN SEBENARNYA DAPAT DIANCAM DENGAN HUKUMAN PIDANA BERDASARKAN KITAB UNDANG-UNDANG HUKUM PIDANA.
ANY PHYSICIAN PROVIDING A LETTER OF STATEMENT ON THE HEALTH (INCLUDING ON THE PRESENCE OR ABSENCE OF DISEASE, INFIRMITY, OR DISABILITY) OR DEATH OF SOMEONE THAT IS NOT CONSISTENT WITH THE ACTUAL CONDITION MAY FACE CRIMINAL PENALTIES IN ACCORDANCE WITH THE INDONESIAN CRIMINAL CODE.