



3. Berdasarkan **ANAMNESA**, 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 / Name	Alamat / Address

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 dapat dijelaskan diagnosa secara rinci  
*Please provide the diagnosis in detail.*

2. Berdasarkan anamnesa, sudah berapa lama pasien merasakan gejala penyakit tersebut diatas ?  
*Based on anamnesis, for how long had the above symptoms been present ?*

3. Sehubungan dengan gejala diatas, apakah pasien pernah minum obat tertentu atau mengunjungi dokter ? Mohon jelaskan  
*Related to the above symptoms, did the patient take any medication or visite doctor ? Please explain*

4.  Apa nama penyakit yang diderita oleh Tertanggung ?

*What is the name of the disease?*

- Myelodysplastic Syndrome                       Anemia Aplastic  
 Hemofilia     Lain-lain / Others : \_\_\_\_\_

5.  Berapa kadar (HB) hemoglobin, jumlah sel darah retikulosit, sel darah putih netrofil dan trombosit pasien?

*Please provide this patient's haemoglobin level, reticulocyte, neutrophil and platelet count.*

Hemoglobin / Haemoglobin	:	
Jumlah sel darah putih Netrofil / Neutrophil count per cubic millimetre	:	
Jumlah sel darah retukulosit / Reticulocyte count per cubic milimetre	:	
Jumlah Trombosit / Platelet count per cubic milimetre	:	

6.  Berapa persentase faktor pembekuan darah VIII dan faktor pembekuan darah IX?

*Please provide this patient's a clotting factor VIII or factor IX percentage*

Faktor pembekuan darah VIII / clotting factor VIII	:		%
Faktor pembekuan darah IX / clotting factor IX	:		%

7.  Apakah telah dilakukan biopsi sumsum tulang ?

- Ya / Yes                       Tidak / No

*Has the bone marrow biopsy been done?*

Jika ya, mohon dijelaskan hasil Biopsi Sumsum Tulang tersebut dan mohon lampirkan hasilnya.

*If Yes, please explain in detail about the result of bone marrow biopsy, and please attach a result copy.*

--

8.  **Untuk Anemia Aplastik :** Apakah pernah dilakukan pengobatan berupa :

**For Aplastic Anaemia :** *Had the patient ever done any treatment such as :*

- |   | Ya / Yes                 | Tidak / No               |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. <u> Transfusi produk darah</u><br><i>Blood transfusion</i>                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u> Obat penstimulasi sumsum tulang</u><br><i>Stimulating medicine for spinal cord</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <u> Obat immunosupresif</u><br><i>Immunosuppressive medicine</i>                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. <u> Transplantasi sumsum tulang</u><br><i>Spinal cord transplantation</i>              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9.  **Untuk Myelodysplastic Syndrome :** Apakah diperlukan transfusi darah secara rutin dan permanen pada pasien?

- Ya / Yes                       Tidak / No

**For Myelodysplastic Syndrome :** *Is there any regular and permanent blood transfusion required for this patients?*

Jika Ya, mohon dilampirkan bukti bahwa pasien memerlukan transfusi darah secara rutin dan permanen

*If Yes, please attach proof that the patient needs regular and permanent blood transfusions*

--

10. Mohon lampirkan semua hasil laporan pemeriksaan, Radiology, CT Scan, hasil laboratorium dan pemeriksaan lainnya yang berhubungan dengan penyakit ini beserta kesimpulannya  
*Please attach results of any examination performed (laboratorium, Radiology, CT-Scan, etc) that related to the disease with the summary / explanation*

--

11. Mohon berikan nama dan alamat dokter / rumah sakit rujukan untuk perawatan selanjutnya.  
*Please give us the name and address of doctors / 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.*

--

---

Saya menyatakan bahwa saya adalah Dokter yang merawat pasien dan semua keterangan dalam pernyataan ini adalah benar  
*I hereby certify that I am the Doctor who treated the patient and all information in this form is correct*

Nama Dokter                           
*Doctor's Name*

Alamat Dokter \_\_\_\_\_  
*Doctor's Address*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kode Pos :        
*Postal Code*

Tanggal   -   -      
*Date*

\_\_\_\_\_  
Tanda tangan dan stempel dokter  
*Stamp and signatyre of the doctor*