

**SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT**  
**INSUFISIENSI ADRENAL - PHEOCHROMACYTOMA - ADRENALEKTOMI**

**RAHASIA / CONFIDENTIAL**

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

Nama Pasien :   
Patient's Name

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

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 diatas. Agar kami dapat menilai keabsahan klaim tersebut, mohon bantuan dan kerjasama Anda agar dapat mengisi dan melengkapi formulir ini.

*The above name are insured with PT Asuransi Allianz Life 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 form.*

Pertanyaan-pertanyaan untuk Dokter yang merawat. Jika tidak mencukupi, harap 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.*

**A. UMUM / GENERAL**

1. Apakah anda dokter keluarga pasien diatas ?  Ya  Tidak  
*Are you the family doctor of the patient above ?* Yes No  
Jika "ya", berapa lama anda mengenal pasien ? \_\_\_\_\_  
*If "yes", how long have you known the patient ?*

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. Berdasarkan ANAMNESA, apakah pasien sebelumnya pernah menderita penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini ? Mohon jelaskan penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita pasien.  
*Based on ANAMNESIS, has the patient previously suffered from the symptoms above or any related diseases ? Please give explanation about the disease / symptoms and since when was it detected.*

Gejala - Penyakit / Symptom - Disease	Pertama kali terdeteksi / First detected
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 give us the name and address of doctors / specialist / 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, 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 dapat dijelaskan diagnosa secara rinci  
*Please provide the diagnosis in details*

--

2. Mohon jelaskan gejala-gejala yang ada dan sejak kapan gejala penyakit tersebut muncul.  
*Please describe in detail the symptoms and since when the symptom appear.*

--

3. Untuk Insufisiensi Adrenal : Berdasarkan pemeriksaan yang dilakukan, apakah didapatkan kondisi berikut pada pasien?  
*For Adrenal Insufficiency : Based on the examination, is the patient suffered from :*

- |  | Ya/ Yes                  | Tidak/No                 |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. <u>Kerusakan bertahap pada kelenjar adrenal</u><br><i>Gradual destruction of the adrenal gland</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Membutuhkan terapi penggantian glukokortikoid dan mineralokortikoid seumur hidup.</u><br><i>Need for long time glucocorticoid and mineral corticoid replacement therapy.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Untuk Insufisiensi Adrenal : Apakah kondisi insufisiensi adrenal disebabkan oleh gangguan autoimun? Mohon jelaskan secara rinci.  
*For Adrenal Insufficiency: Is the condition of adrenal insufficiency caused by an autoimmune disorder? Please explain in detail.*

--

5. Untuk Insufisiensi Adrenal : Apakah diagnosa ditegakkan dengan menggunakan :  
*For Adrenal Insufficiency : Had the diagnosis been confirmed by :*

- |   | Ya/Yes                   | Tidak/No                 |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. <u>Tes stimulasi ACTH</u><br><i>ACTH simulation tests</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Tes hipoglikemia insulin</u><br><i>Insulin-induced hypoglycemia test</i>                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <u>Pengukuran tingkat plasma ACTH</u><br><i>Plasma ACTH level measurement</i>                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. <u>Pengukuran tingkat Aktivitas Plasma Renin (PRA)</u><br><i>Plasma Renin Activity (PRA) level measurement</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mohon dijelaskan secara detail  
*Please explain in detail*

6. Apakah terjadi hipertensi sistemis malignant sekunder akibat adanya adenoma adrenal yang mengeluarkan aldosterone pada pasien ?  
*Did the malignant systemic hypertension occur as secondary to an aldosterone secreting adrenal adenoma?*

Ya / Yes       Tidak / No

Jika Ya, Apakah hipertensi malignant tersebut dapat di kontrol dengan terapi medis?  
*If Yes, Had the malignant hypertension been controlled by medical therapy?*

Ya / Yes       Tidak / No

Apakah diperlukan tindakan adrenaektomi pada pasien?  
*Is the adrenalectomy must be considered for patient?*

Ya / Yes       Tidak / No

7. Apakah ada tumor neuroendoktrin pada jaringan adrenal atau jaringan ekstra kromafin yang mengeluarkan kelebihan katekolamin ?  
*Are there neuroendocrin tumours of the adrenal or extrachromaffin tissue that secrete excess catecholamines?*

Ya / Yes       Tidak / No

Jika Ya, Apakah diharuskan operasi pembedahan untuk pengangkatan tumor tersebut ?  
*If Yes, Are surgery required for removal of the tumour?*

Ya / Yes       Tidak / No

8. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan ( laboratorium, USG, dll ) yang telah dilakukan beserta kesimpulan  
*Please attach test results ( laboratory, USG etc ) that have been done and the conclusions.*

9. Apakah obat-obatan yang sedang digunakan saat ini sehubungan dengan penyakit diatas ?  
*What is the treatment / medication given to the patient for the above disease ?*

10. Mohon dijelaskan tindakan operasi yang telah dilakukan ( seperti adrenaektomi dll )  
*Please give details of the surgery done ( ie. adrenalectomy etc )*

11. Bagaimana keadaan pasien saat ini, dan bagaimana prognosisnya ? Mohon jelaskan secara rinci.  
*How is the current state of the patient and how is the prognosis ? Please explain in detail.*

--

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

Nama / Name	Alamat / Address

13. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang menurut anda dapat 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 signature of the doctor*