

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 / spesialis / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien sebelumnya
Please give us the name and address of doctors / hospitals visited previously 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 patient's habits in smoking, alcohol, and drug abuse ? Please explain type, daily average consumption

--

B. RINCIAN MEDIS / MEDICAL DETAILS

1. Mohon jelaskan diagnosa secara rinc
Please provide your diagnosis

--

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

--

2. Mohon jelaskan secara rinci penyakit yang ada, dan kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.
Please describe in detail the illness, and when symptoms of the illness begin to appear.

--

3. Apakah secara klinis pasien sudah mengalami :
Has the patient clinically suffered from :

	Ya/Yes	Tidak/No
a. <u>Retinopati Diabetika</u> <i>Diabetic Retinopathy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <u>Nefropati Diabetika</u> <i>Diabetic Nephropathy</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <u>Amputasi</u> <i>Amputation</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. <u>Koma Diabetik</u> <i>Diabetic coma</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Jika sudah dilakukan tindakan AMPUTASI, mohon diberikan informasi lebih rinci mengenai anggota tubuh yang diamputasi
If there's amputation done, please explain in detail about limb amputees

--

5. Untuk AMPUTASI, apakah amputasi yang dilakukan untuk mengobati gangrene yang terjadi karena komplikasi dari kencing manis? Ya/Yes Tidak/No

For AMPUTATION, is the amputation done to treat gangrene that occurred due to complication of diabetes?

6. Untuk RETINOPATI DIABETIKA, apakah diperlukan tindakan perawatan laser pada pasien? Ya/Yes Tidak/No

For Diabetic Retinopathy, is the laser treatment needed for this patient?

7. Untuk RETINOPATI DIABETIKA, pemeriksaan penunjang apa saja yang sudah dilakukan dan bagaimana hasilnya ?
For Diabetic Retinopathy, please explain the details of examination done and the result

8. Untuk NEFROPATI Diabetika, pemeriksaan penunjang apa saja yang sudah dilakukan dan bagaimana hasilnya ?
For Diabetic Nephropathy, please explain the details of examination done and the result

9. Untuk NEFROPATI DIABETIKA, apakah didapatkan kondisi berikut :
For Diabetic Nephropathy, have you found :

a. Hasil pemeriksaan eGFR kurang dari 30 ml/menit/1.73 m² Ya/Yes Tidak/No
eGFR less than 30 ml/min/1.73 m²

b. Hasil pemeriksaan Proteinuria terus-menerus diatas 300 mg/24 jam Ya/Yes Tidak/No
Proteinuria greater than 300 mg/24 hours

10. Untuk KOMA DIABETIK, apakah didapatkan kondisi berikut :
For DIABETIC COMA, have you found :

a. Keadaan tidak sadar tanpa reaksi terhadap rangsangan eksternal dan internal Ya/Yes Tidak/No
A state of unconsciousness with no reaction to external dan internal stimuli

b. Disebabkan oleh komplikasi diabetes Ya/Yes Tidak/No
Complication from diabetes

c. Membutuhkan alat penunjang kehidupan secara terus-menerus selama periode 72 jam Ya/Yes Tidak/No
Requires the use of life support systems for a continuous period of at least 72 hours

Jika Ya, berapa lama (dalam jam) pasien diperlukan alat penunjang kehidupan
If Yes, How long (in hour) patient requires the use of life support systems?

d. Menyebabkan defisit neurologis permanen dengan gejala klinis yang menetap Ya/Yes Tidak/No
Results in Permanent Neurological Deficit with persisting clinical symptoms

Jika Ya, mohon jelaskan defisit neurologis permanen yang dialami pasien
If Yes, please explain the permanent neurological deficit in this patient

10. Terapi apa saja yang sudah diberikan selama ini ?
What is the treatment being done for this patient ?

11. Apakah pasien mendapatkan terapi insulin harian? Ya / Yes Tidak / No
Does the patient get daily insulin therapy?

Jika Ya, Sejak kapan terapi insulin harian diberikan? - - Tgl-Bln-Thn
If Yes, Since when daily insulin therapy is given? dd-mm-yy

12. 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.

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

Nama / Name	Alamat / Address

14. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang dapat membantu kami untuk memproses 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