

SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
PENYAKIT DAN GAGAL GINJAL - KISTA MEDULLARY - SINDROM NEFROTIK -
GLOMERULONEFRITIS
KIDNEY DISEASE AND FAILURE - MEDULLARY CYSTIC - NEPHROTIC SYNDROME -
GLOMERULONEPHRITIS

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 kerja sama 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 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, 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.

A. UMUM / GENERAL

1. Apakah anda dokter keluarga dari 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 did you first provide consultation for this condition, what kind of symptoms and how long had the symptoms been present ?

3. Berdasarkan **ANAMNESISA**, apakah pasien sebelumnya pernah menderita penyakit / gejala 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 / <i>Symptom - Disease</i>	Pertama kali terdeteksi / <i>First detected</i>

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 provide the name and address of doctors / specialist/ hospitals visited by the patient previously

Nama / <i>Name</i>	Alamat / <i>Address</i>

6. Mohon dijelaskan secara rinci kebiasaan pasien yang berhubungan dengan merokok, alkohol 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 jelaskan diagnosa anda 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 Penyakit Kista Medullary** : Apakah secara klinis pasien sudah mengalami :

For Medullary Cystic Disease : Has patient clinically suffered from :

- | | Ya/Yes | Tidak/No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. <u>Anemia</u>
Anaemia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Poliuria</u>
Polyuria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <u>Kehilangan sodium melalui ginjal</u>
Loss of sodium through kidney | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

4. Apakah penyakit kista medullary sudah berkembang menjadi gagal ginjal kronis ? Mohon dijelaskan
Has the Medullary Cystic Disease already developed into chronic kidney failure ? Please explain in detail

5. a) Apakah Gagal Ginjal sudah memasuki tahap akhir ? Ya Tidak
Is the Kidney Failure in a final stage ? Yes No
- b) Apakah diperlukan dialisis ginjal yang teratur atau transplantasi ginjal? Ya Tidak
Does it required kidney dialysis or kidney transplantasi ? Yes No
- c) Apakah pasien sedang menjalani dialisis peritoneal / hemodialisis secara teratur ? Ya Tidak
Is the patient being undergone peritoneal dyalisis or haemodialysis routinely ? Yes No
- d) Apakah transplantasi ginjal telah dilakukan ? Ya Tidak
Did patient perform the renal transplantation ? Yes No
- Jika YA, mohon sebutkan tanggalnya. - - Tgl-Bln-Thn
If yes, please state the surgery's date dd-mm-yyyy
- e) Jika belum, apakah ada rencana transplantasi ? Ya Tidak
If the transplantation not perform, is there any plan for it ? Yes No
- Jika YA, kapan akan dilakukan ? - - Tgl-Bln-Thn
If yes, when would it be done ? dd-mm-yy
- f) Apakah telah dilakukan operasi pengangkatan salah satu ginjal ? Ya Tidak
Did patient perform the surgery of one kidney removal ? Yes No
- Jika YA, mohon sebutkan tanggalnya. - - Tgl-Bln-Thn
If yes, please state the surgery's date dd-mm-yyyy
- g) Apakah telah terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus ? Ya Tidak
Has the Insured suffered from severely decreased of eGFR ? Yes No
- Jika YA, berapa hasil GFR pasien? ml/min/1.73m2
If yes, how much the result of GFR in patient?
 - Berapa lama sudah terjadi penurunan nilai GFR?
How long has been a decline of GFR?
 - Kapan terakhir kali dilakukan pemeriksaan GFR? - - Tgl-Bln-Thn
When was the examination of GFR done the last time? dd-mm-yy
- h) Apakah terjadi kehilangan fungsi ginjal secara permanen dan tidak dapat disembuhkan? Ya Tidak
Is there permanent and irrecoverable loss of renal function? Yes No

6. Berdasarkan pemeriksaan yang telah dilakukan, apakah pada pasien ditemukan adanya :
Based on the examination, is the patient suffered from :

- a. Edema yang disebabkan oleh kehilangan protein pada ginjal ?
Oedema caused by renal protein loss Ya Yes Tidak No
- b. Hipoalbuminemia < 25 g/l
Hypoalbuminaemia < 25g/l Ya Yes Tidak No
- c. Proteinuria > 150 mg/m2/jam (> 3.6g/m2/hari)
Proteinuria > 150 mg/m2/hour (> 3.6g/m2/day) Ya Yes Tidak No
- d. Terjadi kambuhnya sindrom nefritik parah seperti disebutkan diatas (seperti yang diuraikan pada poin a sampai poin c)
Occurs relapses of the above defined severe nephrotic syndrome (as defined under a to c) Ya Yes Tidak No

Jika Jawaban "Ya" :
If the answer is "Yes" :

- Berapa kali terjadi kambuhnya sindrom nefrotik parah pada pasien dalam kurun waktu 12 bulan setelah sindrom nefrotik parah pertama?
How many times occurs relapses of severe nephrotic syndrome in patients within 12 months after the first severe nephrotic syndrome?

< 4 (empat) kali < 4 (four) times ≥ 4 (empat) kali ≥ 4 (four) times

- Kapan terjadi kekambuhan sindrom nefrotik parah tersebut?
When did relapses of severe nephrotic syndrome occur?

I :	
II :	
III :	
IV :	

- Apakah dibutuhkan perawatan terus menerus selama paling tidak 6 (enam) bulan ? Ya Yes Tidak No
Is it required continuous treatment for at least 6 (six) months?

7. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan (biopsi ginjal, USG, MRI, laboratorium, dll) yang telah dilakukan beserta kesimpulan.
Please attach test results (renal biopsy, USG, MRI, laboratory, etc) that have been done and the conclusions.

Tanggal / Date	Pemeriksaan / Tests	Kesimpulan / Result

8. 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 ?

9. 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.

--

10. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit rujukan untuk perawatan selanjutnya.
Please give us the name and address of doctors / specialist / hospital referral for further treatment

Nama / Name	Alamat / Address

11. 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 signature of the doctor