

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-yyyy

No. KTP/SIM :
ID Card No.

Pekerjaan :
Occupation

Alamat : _____
Address _____

Kota : _____ Kode Pos : -
City Postal Code

Nama tersebut di atas adalah Pihak Yang Diasuransikan pada PT Asuransi Allianz Life Syariah 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 Syariah 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 |
|---------------------------------|--|
| | |

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> <i>Gradual destruction of the adrenal gland</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Mebutuhkan terapi penggantian glukokortikoid dan mineralokortikoid seumur hidup.</u> <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> <i>ACTH simulation tests</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Tes hipoglikemia insulin</u> <i>Insulin-induced hypoglycemia test</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <u>Pengukuran tingkat plasma ACTH</u> <i>Plasma ACTH level measurement</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. <u>Pengukuran tingkat Aktivitas Plasma Renin (PRA)</u> <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.

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.