

SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT

PENYAKIT HATI KRONIS, HEPATITIS (termasuk Hepatitis Fulminan, Hepatitis Autoimun Kronis, dan Hepatitis dengan pendarahan esofagus), SCLEROSING CHOLANGITIS PRIMER KRONIS, SIROSIS HATI & PEMBEDAHAN HATI

CHRONIC LIVER DISEASE, HEPATITIS (include Fulminant Viral Hepatitis, Chronic Autoimmune Hepatitis, and Hepatitis with Esophageal varices bleeding), CHRONIC PRIMARY SCLEROSING CHOLANGITIS, LIVER CIRRHOSIS, & LIVER SURGERY

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 sho submitting claims related to the above diseases. To enable us assessing the claims, we would be gratefl 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 adalah dokter keluarga pasien tersebut? 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 symptoms been present?

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 diseases / symptoms and since when was it detected.

Gejala - Penyakit / Symptom - Disease	Pertama kali terdeteksi / First detected

4. Kapan pasien pertama kali 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, 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 jelaskan diagnosa secara rinci
Please provide your diagnosis in details

2. Mohon jelaskan secara rinci gejala yang ada dan kapan gejala tersebut mulai timbul.
Please explain in detail the symptoms and when symptoms appear.

3. Apakah yang menyebabkan terjadinya penyakit tersebut diatas? Mohon jelaskan secara rinci.
What was the cause of the disease above ? Please explain in detail

4. Untuk **Sirosis Hepatis**, mohon agar dapat diberikan informasi mengenai nilai Skor HAI Knodell
*For **Liver Cirrhosis**, please give the detail information about HAI Knodell Score*

5. Untuk **Hepatitis Fulminant**, Apakah sudah ditemukan adanya / For **Fulminant Viral Hepatitis**, Have you found:

- | | Ya / Yes | Tidak / No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. <u>Pengecilan hati secara cepat</u>
<i>Rapidly decreasing liver size</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Kematian parenkim hati meliputi hampir seluruh lobus hati, dan menimbulkan kerusakan retikular dan fungsinya.</u>
<i>Liver parenchyma death including almost all liver lobus, and causes reticular damages and its functions</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <u>Kerusakan parenkim hati yang masif</u>
<i>Massive liver parenchym damages</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. <u>Ikterus yang nyata</u>
<i>Obvious icterus</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. <u>Hepatik ensefalopati</u>
<i>Hepatic encephalopathy</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Untuk **Penyakit Hati Kronis**: Apakah penyakit hati tersebut sudah dalam tahap akhir?

Jika Ya, apakah ada tanda berikut:

*For **Chronic Liver Disease**: Has the liver disease on this patient already in final stage?*

If Yes, is there any sign of:

Ya/Yes

Tidak/No

- | | Ya/Yes | Tidak/No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. <u>Kuning yang permanent</u>
<i>Permanent jaundice</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Ascites</u>
<i>Ascites</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <u>Enselofati hapatikus</u>
<i>Hepatic Encephalopaty</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

7. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan (tes fungsi hati, USG, biopsi, endoscopy, oesofagogram, dll) yang telah dilakukan beserta kesimpulan
Please attach test results (liver function tests, ultrasound, biopsy, endoscopy, oesofagogram, etc.) that have been done and the conclusions.

8. Apakah telah dilakukan biopsi hepar ? Jika Ya, mohon penjelasan anda mengenai hasil biopsy tersebut.

Has liver biopsy been done ? If Yes, please kindly explain the result

9. Apakah terjadi varises esofagus yang menyebabkan terjadinya pendarahan esofagus? Ya/Yes Tidak/No
Jika Ya, mohon jelaskan berapa kali pendarahan esofagus yang dialami dan tanggal terjadi pendarahan tersebut?
Are there esophageal varices that cause esophageal bleeding?
If Yes, please explain how many times the esophageal bleeding occur and the date of the bleeding?

10. **Untuk hepatitis autoimun, apakah ditemukan adanya:**
For Autoimmune Hepatitis, Is it found:

	Ya/Yes	Tidak/No
a. <u>Hipergammaglobulinaemia</u> <i>Hypergammaglobulinaemia</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <u>Adanya salah satu auto-antibodi berikut:</u> <i>The presence of at least one of the following auto-antibodies</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antibodi Anti-nuklear / <i>Anti-nuclear antibodies</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antibodi Anti Otot Polos / <i>Anti-smooth muscle antibodies</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antibodi Anti-aktin / <i>2.3 Anti-actin antibodies</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antibodi Anti-LKM-1 / <i>Anti-LKM-1 antibodies</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antibodi Anti-LC 1 / <i>Anti- LC1 antibodies</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Antibodi Anti-SLA/LP / <i>Anti-SLA/LP antibodies</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Untuk Sclerosing Cholangitis Primer Kronis, apakah sudah ada terapi sbb:
For Chronic Primary Sclerosing Cholangitis, are there any treatment as follows:

	Ya / Yes	Tidak / No
a. <u>Terapi imunosupresif?</u> <i>Immunosupresive therapy?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. <u>Terapi untuk pruritis kronik?</u> <i>Therapy for intractable pruritis?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. <u>Balloon / stenting saluran empedu?</u> <i>Balloon dilation or stenting of the bile ducts?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Terapi ataupun obat-obat apa yang diberikan pasien untuk penyakit tersebut? Mohon dijelaskan secara rinci
What is the treatment or medication given to the patient for the above disease? Please explain

13. Apakah pasien sudah diberikan pengobatan dengan Imunosupresif? Mohon jelaskan obat yang digunakan
Has the patient given Immunosuppressive medication? Please explain the medication in detail

- Jika Ya, Sudah berapa lama obat-obat Imunosupresif tersebut dikonsumsi oleh pasien?
If Yes, How long the patient received the Immunosuppressive medication?

14. Apakah obat-obatan Imunosupresif diberikan secara terus menerus?
Did the Immunosuppression medication given to the patient continuously?

Ya/Yes

Tidak/No

Untuk berapa lama obat imunosupresif diberikan kepada pasien?
How long the immunosuppression was taken by the patient?

15. Mohon penjelasan mengenai tindakan operasi yang telah dilakukan (pengangkatan satu lobus hati)
Please explain about surgery that done to this patient (removal one lobus of liver)

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

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

Nama / Name	Alamat / Address

18. 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.

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*

