

SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
RHEUMATOID ARTHRITIS - ARTRITIS SISTEMIK KRONIK PADA ANAK
RHEUMATOID ARTHRITIS - SYSTEMIC ARTHRITIS CHRONIC CHILD

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 di atas. Agar kami dapat menilai keabsahan klaim tersebut, mohon bantuan dan kerjasama 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 disease. To enable us to 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.

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", sudah berapa lama anda mengenal pasien tersebut? _____
If "yes", for how long have you known him/her?

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. Menurut ANAMNESA, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala diatas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan pada saat ini ? Mohon uraikan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita pasien.
Has the patient previously suffered from the condition specified above or any related illness ?

Penyakit - Gejala / Disease - Symptoms	Pertama Kali Terdeteksi / First Time Detected

4. Kapankah pasien pertama kali mengetahui tentang penyakitnya?
When the patient first become aware of the illness ?

--

5. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien
Please give us the name and address of doctors/ specialist/ hospitals visited 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 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 berdasarkan kriteria dari American College of Rheumatology
Please provide your diagnosis in detail based on criteria of American College of Rheumatology.

--

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

--

2. Mohon jelaskan secara rinci gejala yang dialami
Please describel the symptoms in detail

--

3. Mohon jelaskan kerusakan dan kelainan bentuk / deformitas dari sendi - sendi pasien (paling sedikit 3 sendi) beserta bukti radiologis
penyempitan ruang sendi, erosi dan deformitas.
Please describe the destruction and deformity of this patient's joints (at least 3 joints) along with radiological evidence of joint space narrowing, erodin and deformity.

--

4. Berdasarkan pemeriksaan radiologis yang telah dilakukan, apakah pada pasien ditemukan adanya kerusakan sendi berupa :
Based on the radiological examination. Is the patient suffered joint damage from :

- | | Ya / Yes | Tidak / No |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Penyempitan ruas sendi / <i>Joint space narrowing</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Erosi / <i>Erosion</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Deformitas sendi / <i>Deformity</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Mohon jelaskan sendi yang mengalami kerusakan dan mohon lampirkan bukti radiologis yang menunjang
Please explain the damaged joint and please attach the radiologic evidence supporting

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

- | | Ya / Yes | Tidak / No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Demam harian dan berpuncak tinggi / <i>daily (quotidian) fevers and high spiking</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Ruam yang cepat hilang / <i>evanescent rash</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Artritis / <i>arthritis</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Splenomegali / <i>splenomegaly</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Limfadenopati / <i>lymphadenopathy</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Serositis / <i>Serositis</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Penurunan berat badan / <i>weight loss</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Leukositosis Neutrofilia / <i>neutrophilic leucocytosis</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Naiknya protein fase akut / <i>increased acute phase proteins</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Naiknya Antibodi Antinuklear (ANA) / <i>increased Antibodi Antinuklear (ANA)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Naiknya Faktor Reumatoid (RF) / <i>Increased Rheumatoid Factor (RF)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

6. Apakah penyakit ini pada pasien merupakan gangguan auto imun ? Jika Ya, Mohon jelaskan secara rinci
Is this patient's disease caused by / associated with autoimmune disorder ? If "yes", please explain in detail

7. Apakah pasien mampu melakukan aktivitas sehari-hari tanpa bantuan orang lain ? Ya / Yes Tidak / No
Can the patient do daily activities without any help from others ?

Aktifitas sehari-hari apa saja yang tidak dapat dilakukan oleh pasien ?
Patient can't do daily activity such as :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mandi / <i>Taking a bath</i> | <input type="checkbox"/> Buang Air / <i>Relieving</i> |
| <input type="checkbox"/> Berpakaian / <i>Dressing</i> | <input type="checkbox"/> Beralih tempat (naik atau turun dari tempat tidur) / <i>Moving</i> |
| <input type="checkbox"/> Menyui / <i>Feeding</i> | <input type="checkbox"/> Berpindah dari satu tempat ke tempat lain pada lantai yang datar tanpa menggunakan kursi roda / <i>Tranferring</i> |

Sudah berapa lama pasien tidak bisa melakukan aktivitas tersebut diatas ?
For how long did the patient can't do the above activity ?

--

8. Mohon kami dilampirkan laporan medis, hasil laboratorium dan hasil-hasil test yang mendukung diagnosis penyakit diatas, beserta kesimpulan
Please attach results of any examination performed and provide remarks if any

Jenis Pemeriksaan / <i>Tests</i>	Kesimpulan / <i>Result</i>

9. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini?
Please explain the therapy and medical intervention that given to this patient.

--

10. Bagaimana keadaan pasien saat ini, dan bagaimana prognosisnya? Mohon jelaskan secara rinci.
At present, how does the health condition and the prognosis of this patient? Please explain in detail

--

11. 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 / <i>Name</i>	Alamat / <i>Address</i>

