

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 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 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, minuman beralkohol 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 dapat dijelaskan diagnosa secara rinci
Please provide the diagnosis in detail.

2. Berdasarkan anamnesa, sudah berapa lama pasien merasakan gejala penyakit tersebut diatas ?
Based on anamnesis, for how long had the above symptoms been present ?

3. Sehubungan dengan gejala diatas, apakah pasien pernah minum obat tertentu atau mengunjungi dokter ? Mohon jelaskan
Related to the above symptoms, did the patient take any medication or visite doctor ? Please explain

4. Apa nama penyakit yang diderita oleh Tertanggung ?
What is the name of the disease?

- Myelodysplastic Syndrome Anemia Aplastic
 Hemofilia Lain-lain / Others : _____

5. Berapa kadar (HB) hemoglobin, jumlah sel darah retikulosit, sel darah putih netrofil dan trombosit pasien?
Please provide this patient's haemoglobin level, reticulocyte, neutrophil and platelet count.

Hemoglobin / Haemoglobin	:	
Jumlah sel darah putih Netrofil / Neutrophil count per cubic millimetre	:	
Jumlah sel darah retukulosit / Reticulocyte count per cubic milimetre	:	
Jumlah Trombosit / Platelet count per cubic milimetre	:	

6. Berapa persentase faktor pembekuan darah VIII dan faktor pembekuan darah IX?
Please provide this patient's a clotting factor VIII or factor IX percentage

Faktor pembekuan darah VIII / clotting factor VIII	:		%
Faktor pembekuan darah IX / clotting factor IX	:		%

7. Apakah telah dilakukan biopsi sumsum tulang ? Ya / Yes Tidak / No
Has the bone marrow biopsy been done?

Jika ya, mohon dijelaskan hasil Biopsi Sumsum Tulang tersebut dan mohon lampirkan hasilnya.
If Yes, please explain in detail about the result of bone marrow biopsy, and please attach a result copy.

8. **Untuk Anemia Aplastik :** Apakah pernah dilakukan pengobatan berupa :
 For Aplastic Anaemia : *Had the patient ever done any treatment such as :*

- | | Ya / Yes | Tidak / No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. <u> Transfusi produk darah</u>
<i>Blood transfusion</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u> Obat penstimulasi sumsum tulang</u>
<i>Stimulating medicine for spinal cord</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. <u> Obat immunosupresif</u>
<i>Immunosuppressive medicine</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. <u> Transplantasi sumsum tulang</u>
<i>Spinal cord transplantation</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. **Untuk Myelodysplastic Syndrome :** Apakah diperlukan transfusi darah secara rutin dan permanen pada pasien? Ya / Yes Tidak / No
 For Myelodysplastic Syndrome : *Is there any regular and permanent blood transfusion required for this patients?*

Jika Ya, mohon dilampirkan bukti bahwa pasien memerlukan transfusi darah secara rutin dan permanen
If Yes, please attach proof that the patient needs regular and permanent blood transfusions

