

SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
KOMPLIKASI DIABETES - DIABETES MELITUS YANG BERGANTUNG INSULIN
DIABETES COMPLICATION - INSULIN-DEPENDENT DIABETES MELLITUS

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 kerjasama Anda agar dapat mengisi dan melengkapi formulir ini.

*The above name are 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

- 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 ? _____
If "yes", for how long have you known the patient ? _____
- 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 & how long had the symptom been present ?

- Berdasarkan **ANAMNESA**, apakah pasien sebelumnya pernah menderita gejala di atas atau penyakit lain yang berhubungan dengan keadaan saat ini ? Mohon jelaskan 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 / symptom and since when was it detected

Penyakit - Gejala / Disease - Symptom	Pertama kali terdeteksi / First detected
<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 give us the name and address of doctors / hospitals visited previously 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 patient's habits in smoking, alcohol, and drug abuse ? Please explain type, daily average consumption

--	--

B. RINCIAN MEDIS / MEDICAL DETAILS

1. Mohon jelaskan diagnosis secara rinc
Please provide your diagnosis

--	--

Kapan untuk pertama kali diagnosis ditegakkan ?

First time diagnosis was made

--	--

2. Mohon jelaskan secara rinci penyakit yang ada, dan kapan gejala penyakit tersebut mulai timbul.
Please describe in detail the illness, and when symptoms of the illness begin to appear.

--	--

3. Apakah secara klinis pasien sudah mengalami :

Has the patient clinically suffered from :

Ya/Yes Tidak/No

a. Retinopati Diabetika
Diabetic Retinopathy

b. Nefropati Diabetika
Diabetic Nephropathy

c. Amputasi
Amputation

d. Koma Diabetik
Diabetic coma

4. Jika sudah dilakukan tindakan AMPUTASI, mohon diberikan informasi lebih rinci mengenai anggota tubuh yang diamputasi
If there's amputation done, please explain in detail about limb amputees

--	--

5. Untuk AMPUTASI, apakah amputasi yang dilakukan untuk mengobati gangrene yang terjadi karena komplikasi dari kencing manis?
For AMPUTATION, Is the amputation done to treat gangrene that occurred due to complication of diabetes?

Ya/Yes

Tidak/No

6. Untuk RETINOPATI DIABETIKA, apakah diperlukan tindakan perawatan laser pada pasien?
For Diabetic Retinopathy, is the laser treatment needed for this patient?

Ya/Yes

Tidak/No

7. Untuk RETINOPATI DIABETIKA, pemeriksaan penunjang apa saja yang sudah dilakukan dan bagaimana hasilnya ?
For Diabetic Retinopathy, please explain the details of examination done and the result

8. Untuk NEFROPATI Diabetika. pemeriksaan penunjang apa saja yang sudah dilakukan dan bagaimana hasilnya ?
For Diabetic Nephropathy, please explain the details of examination done and the result

9. Untuk NEFROPATI DIABETIKA, apakah didapatkan kondisi berikut :
For Diabetic Nephropathy, have you found :

a. Hasil pemeriksaan eGFR kurang dari 30 ml/menit/1.73 m²
eGFR less than 30 ml/min/1.73 m²

Ya/Yes

Tidak/No

b. Hasil pemeriksaan Proteinuria terus-menerus diatas 300 mg/24 jam
Proteinuria greater than 300 mg/24 hours

Ya/Yes

Tidak/No

10. Untuk KOMA DIABETIK, apakah didapatkan kondisi berikut :
For DIABETIC COMA, have you found :

a. Keadaan tidak sadar tanpa reaksi terhadap rangsangan eksternal dan internal
A state of unconsciousness with no reaction to external and internal stimuli

Ya/Yes

Tidak/No

b. Disebabkan oleh komplikasi diabetes
Complication from diabetes

Ya/Yes

Tidak/No

c. Membutuhkan alat penunjang kehidupan secara terus-menerus selama periode 72 jam
Requires the use of life support systems for a continuous period of at least 72 hours

Ya/Yes

Tidak/No

Jika Ya, berapa lama (dalam jam) pasien diperlukan alat penunjang kehidupan
If Yes, How long (in hour) patient requires the use of life support systems?

d. Menyebabkan defisit neurologis permanen dengan gejala klinis yang menetap
Results in Permanent Neurological Deficit with persisting clinical symptoms

Ya/Yes

Tidak/No

Jika Ya, mohon jelaskan defisit neurologis permanen yang dialami pasien
If Yes, please explain the permanent neurological deficit in this patient

10. Terapi apa saja yang sudah diberikan selama ini ?
What is the treatment being done for this patient ?

--

11. Apakah pasien mendapatkan terapi insulin harian?
Does the patient get daily insulin therapy?

Ya / Yes Tidak / No

Jika Ya, Sejak kapan terapi insulin harian diberikan?
If Yes, Since when daily insulin therapy is given?

- - Tgl-Bln-Thn
dd-mm-yy

12. 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.

--

13. Mohon berikan nama dan alamat dokter / rumah sakit yang anda rujuk untuk perawatan pasien selanjutnya.
Please give us the name and address of doctors / hospitals for further treatment

Nama / Name	Alamat / Address

14. Jika ada, mohon berikan informasi lainnya yang dapat membantu kami untuk memproses 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