

**SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
APLATIC ANEMIA - MYELODYSPLASTIC SYNDROME**

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 :
City

Kode Pos :
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 kerja sama 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

1. Apakah anda adalah dokter keluarga dari pasien diatas ? Ya Tidak
Are you the family doctor of the patient above ? Yes No

Sejak kapan anda menjadi dokter keluarga yang biasa dikunjungi pasien ? - - tgl-bln-thn
Since when you become a family doctor who usually visited by patient ? dd-mm-yy

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 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?

Myelodisplastic Syndrome
 Anemia Aplastic
 Lain-lain / Others : _____

5. Bagaimanakah kadar (HB) hemoglobin, jumlah sel darah retikulosit, sel darah putih netrofil dan trombosit ?
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. 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.

7. Apakah pernah dilakukan pengobatan berupa :
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"/> |

8. Mohon lampirkan semua hasil laporan pemeriksaan, Radiology, CT Scan, hasil laboratorium dan pemeriksaan lainnya yang berhubungan dengan penyakit ini beserta kesimpulannya
Please attach results of any examination performed (laboratory, Radiology, CT-Scan, etc) that related to the disease with the summary / explanation

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

Nama / Name	Alamat / Address

10. 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.

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