

**SURAT KETERANGAN DOKTER - DOCTOR'S REPORT
HEPATITIS FULMINANT & SCLEROSING CHOLANGITIS PRIMER KRONIS**

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 bertanggung 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 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 (apakah Hepatitis Fulminant atau Sclerosing Cholangitis Primer Kronis atau lainnya)
Please provide your diagnosis in details (Fulminant Hepatitis or Chronic Primary Sclerosing Cholangitis or others)

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

5. Apakah sudah ditemukan adanya / Have you found :

	Ya / Yes	Tidak / No
a. <u>Pengecilan hati secara cepat ?</u> <i>Rapid size reducing of the liver ?</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 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"/>

7. 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

8. 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.

