



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  
*Please provide the exact details of the diagnosis.*

--

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

--

3. Apakah Skleroderma Progresif yang diderita pasien sudah bermanifestasi secara sistemik ?  
Mohon dijelaskan secara rinci organ tubuh mana yang sudah terkena.  
*Does Progressive Scleroderma suffered by the patient already manifest into a systemic ?*  
*Please explain in detail the organs which already exposed*

--

4. Apakah sudah dilakukan biopsi dan pemeriksaan serologis?       Ya / Yes       Tidak / No  
*Had any biopsy and serology test been done?*

Jika ya, mohon dilampirkan hasil biopsi dan pemeriksaan serologis  
*If Yes, please attach the examination result*

5. Apakah penyakit pada pasien telah menyebabkan/ *Has the patient's disease caused :*
- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | Ya / Yes                 | Tidak / No               |
| a. <u>Deposit kalsium pada kulit (calcinosis)</u><br><i>Deposits of calcium (calcinosis)</i>                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. <u>Penebalan kulit jari tangan atau kaki (sclerodactily)</u><br><i>Skin thickening of the finger or toes (sclerodactily)</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- c. Kelainan pada oesophagus    
*Oesophagus disorder*
- d. Telangectasia    
*Telangectasia (dilated capillaries)*
- e. Spasme arteri pada ekstremitas    
*Artery spasms in the extremities*

6. Mohon lampirkan hasil pemeriksaan ( biopsi, hasil serologi, USG, laboratorium dll ) yang telah dilakukan beserta kesimpulan.  
*Please attach results of any examination performed ( biopsy, serology, USG, laboratory report etc ) and the summary*

7. Pengobatan apa yang sedang dilakukan untuk pemulihan dan obat apa yang sedang diberikan pada saat ini ?  
*What kind of treatment or medication is being done for the recovery and what kind of medicine has been given up until now ?*

8. Bagaimana keadaan pasien saat ini dan bagaimana prognosinya ? Mohon jelaskan secara rinci.  
*How is the state of the patient now and how is the prognosis ? Please explain in detail*

9. Mohon berikan nama dan alamat dokter / spesialis / rumah sakit rujukan untuk perawatan selanjutnya  
*Please give us the name and address of doctors/ specialist/ hospital 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 our claim department 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 the information in this form is true.*

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*