

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 Pasien?

What is the name of the disease?

- Myelodisplastic Anemia Aplastic
- Syndrome 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

10. 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 (laboratorium, Radiology, CT-Scan, etc) that related to the disease with the summary/explanation

11. 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

12. 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.

Informasi dan/atau keterangan yang Saya berikan pada Formulir Klaim Penyakit Kritis ini adalah benar, sesuai kondisi pasien pada saat dilakukan perawatan, dan sesuai dengan bidang keilmuan yang saya ketahui sebagai dokter. Dalam hal terdapat perubahan, penambahan, pengurangan, perbaikan, ralat dan/atau penarikan ("Perubahan") terhadap suatu informasi dan/atau keterangan pada Formulir ini yang berkaitan dengan diagnosa, maka Perubahan tersebut wajib didukung oleh Surat Keterangan Dokter dan dokumen pendukung medis lainnya berupa hasil laboratorium, Magnetic Resonance Imaging (MRI), CT Scan, rontgen, dan/atau Elektrokardiogram (EKG) yang membuktikan bahwa Perubahan tersebut benar dan sesuai.

The information and/or statement I provide on this Critical Illness Claim Form is true, consistent with the patient's condition at the time of treatment, and conformable to the discipline that I have knowledge of as a physician. In the event of change, omission, revision, correction, and/or revocation ("Change") of any information and/or statement on this Form related to diagnosis, such Change must be accompanied by a Physician's Letter of Statement and other supporting medical documents, i.e. results of laboratory tests, Magnetic Resonance Imaging (MRI), CT Scan, X-ray, and/or Electrocardiogram (ECG) which prove that such Change is true and accurate.

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

PERHATIAN/ATTENTION:

DOKTER YANG MEMBERI SURAT KETERANGAN TENTANG KEADAAN KESEHATAN (TERMASUK MENGENAI ADA ATAU TIDAK ADANYA PENYAKIT, KELEMAHAN ATAU CACAT) ATAU KEMATIAN SESEORANG YANG TIDAK SESUAI DENGAN KEADAAN SEBENARNYA DAPAT DIANCAM DENGAN HUKUMAN PIDANA BERDASARKAN KITAB UNDANG-UNDANG HUKUM PIDANA.

ANY PHYSICIAN PROVIDING A LETTER OF STATEMENT ON THE HEALTH (INCLUDING ON THE PRESENCE OR ABSENCE OF DISEASE, INFIRMITY, OR DISABILITY) OR DEATH OF SOMEONE THAT IS NOT CONSISTENT WITH THE ACTUAL CONDITION MAY FACE CRIMINAL PENALTIES IN ACCORDANCE WITH THE INDONESIAN CRIMINAL CODE.