

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

- ☐ Pengangkatan Hati/ *Liver Resection*
- ☐ Sirosis Hati/ *Cirrhosis Hepatic*
- ☐ Penyakit Hati Kronik/ *Chronic Liver Disease*
- ☐ Hepatitis Viral Fulminan/ *Fulminant Viral Hepatitis*
- ☐ Hepatitis dan Kolangitis/ *Hepatitis & Cholangitis*
- ☐ Hepatitis Akibat Pekerjaan/ *Hepatitis due to Work*
- ☐ Hepatitis Autoimun/ *Autoimmune Hepatitis*
- ☐ Pankreatitis Kronis/ *Chronic Pancreatitis*

Nama Pasien/ *Patient's Name*

Tanggal Lahir/ *Date of Birth*

No. Rekam Medis/ *Medical Record Number*

Dokter yang terhormat,
Dear Doctor,

Nama tersebut di atas adalah **Tertanggung** PT Prudential Life Assurance atas manfaat yang berkaitan dengan salah satu Kondisi Kritis. Oleh karena itu, kami sangat mengharapkan kerjasama Dokter untuk melengkapi formulir ini.

The name above is insured with PT Prudential Life Assurance. Therefore, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form.

Terima kasih atas kerjasamanya.
Thank you.

A. INFORMASI UMUM/ *GENERAL INFORMATION*

1. Sejak kapan pasien berkonsultasi dengan dokter untuk Penyakit ini?
Since when have you been the medical attendant of this patient for the illness?

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

2. Mohon sebutkan Diagnosis Anda secara rinci.
Please give us your detailed Diagnosis.

--

Kapan diagnosis ini pertama kali ditegakkan?
When the diseases was first diagnosed?

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

3. Apakah gejala/keluhan yang ada?
What were the patient's main symptoms/complaints?

--

Sejak kapan gejala / keluhan dirasakan ?
When the main symptoms/complaints first occurred?

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

4. Apakah pasien pernah mengalami gejala/keluhan/penyakit yang berhubungan dengan diagnosis saat ini? Mohon jelaskan secara rinci mengenai gejala/keluhan/penyakit tersebut dan tanggal pertama kali dirasakan/didiagnosis.
Had the patient previously experienced any symptoms/complaints/diseases related to the current diagnosis? Please describe in detail about the symptoms/complaints/diseases and the date when it was occurred/ diagnosed.

Tanggal Date	Gejala/Keluhan/Penyakit Symptoms/ Complaints/ Disease

5. Mohon jelaskan hasil pemeriksaan fisik yang dilakukan.
Please describe the results of physical examination.

Tanggal <i>Date</i>	Hasil Pemeriksaan Fisik <i>Physical Examination Result</i>

6. Mohon jelaskan hasil pemeriksaan penunjang yang dilakukan.
Please describe the results of medical tests.

Tanggal <i>Date</i>	Hasil Pemeriksaan Penunjang* <i>Medical Test Result*</i>

*Mohon lampirkan semua hasil pemeriksaan penunjang yang telah dilakukan.

**Please attach all medical test results.*

7. Mohon jelaskan tindakan medis dan pengobatan yang telah diberikan beserta tujuannya.
Please describe any therapy and medical procedure which already given and the aim of such therapy/ procedure

Tanggal <i>Date</i>	Tindakan medis/Pengobatan <i>Medical procedure/Therapy</i>	Tujuan <i>Purpose</i>

8. Apakah penyebab penyakit ini termasuk cacat bawaan? ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No
Is current condition caused by congenital factors?

9. Apakah penyebab penyakit diakibatkan oleh HIV? ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No
Is current condition caused by HIV?

10. Apakah penyebab penyakit karena penyalahgunaan alkohol? ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No
Is current condition caused by alcohol abused?

11. Mohon berikan nama dan alamat dokter/spesialis/rumah sakit yang pernah dikunjungi oleh pasien sebelumnya.

Please give us the name and address of general practitioner/specialists/hospitals visited by the patient before he/she was under your treatment.

--

12. Apakah ada kelainan yang menetap sebagai berikut :

Are there any persisting signs of :

- | | | |
|--|--|--|
| ▪ Penciutan ukuran hati dengan cepat
<i>Rapid reduction of liver size</i> | ☐ Ya / <i>Yes</i> | ☐ Tidak / <i>No</i> |
| ▪ Kematian jaringan seluruh lobus hati
<i>Necrosis of all liver lobes</i> | ☐ Ya / <i>Yes</i> | ☐ Tidak / <i>No</i> |
| ▪ Penyakit parenkim hati yang massif
<i>Massive liver parenchyma disease</i> | ☐ Ya / <i>Yes</i> | ☐ Tidak / <i>No</i> |
| ▪ Perburukan tes fungsi hati dengan cepat
<i>Rapid deterioration of liver function test</i> | ☐ Ya / <i>Yes</i> | ☐ Tidak / <i>No</i> |
| ▪ Ensefalopati sistemik
<i>Systemic encephalopathy</i> | ☐ Ya / <i>Yes</i> | ☐ Tidak / <i>No</i> |
| ▪ Ikterus permanen
<i>Irreversible jaundice</i> | ☐ Ya / <i>Yes</i> | ☐ Tidak / <i>No</i> |
| ▪ Asites dalam jumlah banyak
<i>Heavy ascites</i> | ☐ Ya / <i>Yes</i> | ☐ Tidak / <i>No</i> |

13. Apakah kegagalan hati sudah pada tahap akhir ? ☐ Ya / *Yes* ☐ Tidak / *No*
Has the liver failure reached an end stage ?

B. RINCIAN MEDIS / *MEDICAL DETAILS*

1. Untuk Pengangkatan Hati / *for Liver Resection*

a. Apakah sudah dilakukan pengangkatan hati ?

Has liver resection been done ?

☐ Ya / *Yes*, dilakukan tanggal / *done on* :

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

☐ Tidak / No

2. Untuk Penyakit Sirosis Hepatik / for Cirrhosis Hepatic

- a. Apakah biopsi pada hati telah dilakukan ?
Has biopsy on liver been done ?

☐ Ya / Yes, mohon lampirkan pemeriksaan.
please attach histopathology report.

☐ Tidak / No

- b. Mohon sebutkan Skor HAI Knodell :
Please state The Knodell HAI score :

3. Untuk Penyakit Primary Sclerosing Cholangitis Kronis / For Primary Sclerosing Cholangitis Disease

- a. Mohon jelaskan hasil pemeriksaan cholangiogram yang telah dilakukan.
Please describe cholangiogram test that has been done.

Mohon lampirkan hasil pemeriksaan.
Please attach cholangiogram report.

- b. Apakah Pasien sudah diharuskan untuk melakukan pemasangan balon atau stent pada saluran empedu ?
Whether the patient is required to perform the installation of balloon or stent on bile duct ?

☐ Ya / Yes

☐ Tidak / No

- c. Apakah Pasien sudah harus mendapatkan terapi Imunosupresif?
Has patient required pruritus chronic therapy?

☐ Ya / Yes,

☐ Tidak / No.

Sebutkan nama obat:
Mention drug's name:

4. Hepatitis Akibat Pekerjaan / *Hepatitis due to Work*

- a. Sebutkan jenis Hepatitis pada pasien ini ?
Please state the type of Hepatitis suffered by the patient ?

- b. Hepatitis yang diderita pasien diakibatkan oleh ?
What the caused of Hepatitis suffered by the patient ?

- ☐ Hubungan seksual / *Sexual Activity*
- ☐ Penggunaan obat-obatan intravena / *Intravenous Drug Abused*
- ☐ Hepatitis akibat pekerjaan / *Hepatitis due to work*
- ☐ Transfusi Darah / *Blood Transfusion*

- a. Mohon sebutkan jenis pekerjaan pasien / *please specify type of work of the patient*

- b. Kapan kejadiannya / *When did it happen?*

D	D	M	M	Y	Y
---	---	---	---	---	---

- c. Di mana kejadiannya / *Where was it happen?*

- c. Apakah pasien ini memerlukan terapi antivirus ?
Did the patient need the antiviral therapy ?

☐ Ya / *Yes*

☐ Tidak / *No.*

5. Pankreatitis Kronis / *Chronic Pancreatitis*

- a. Apakah pankreatitis akut berulang selama kurun waktu 2 tahun?
Is there acute pancreatitis relapse in 2 years?

☐ Ya / *Yes*

☐ Tidak / *No.*

- b. Apakah ditemukan endapan-endapan kalsium dalam pancreas pada hasil pemeriksaan pencitraan?
Mohon jelaskan hasilnya.

Is there any calcium deposit in the pancreas from imaging? Please describe the result.

- c. Apakah terdapat penurunan fungsi pankreas secara kronis berakibat penyerapan tak sempurna oleh usus atau diabetes?

Is there any chronic pancreatic function decrease lead to high fat in stool or diabetic?

☐ Ya / *Yes*

☐ Tidak / *No*.

Saya dengan ini menyatakan bahwa semua keterangan tersebut di atas adalah benar sejauh pengetahuan yang saya miliki dan yakini.

I hereby declare that the foregoing answers are each and all true to the best of my knowledge and belief

Nama Dokter
Name of Doctor

Alamat dan Stempel Rumah Sakit
Address and Stamp of the Hospital

Spesialisasi
Specialisation

Tanggal
Date

Tanda Tangan
Signature