

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

- Pengangkatan Hati
- Sirosis Hati/Cirrhosis Hepatic
- Penyakit Hati Kronik/*Chronic Liver Disease*
- Radang Hati Fulminan karena Virus Hepatitis/*Fulminant Viral Hepatitis*
- Hepatitis dan Kolangitis/*Hepatitis & Cholangitis*

Nama Pasien/Peserta (Yang Diasuransikan)*
Patient's Name/Life Assured

Tanggal Lahir
Date of Birth

No. Rekam Medik/
Medical Record No.

Dokter yang terhormat,
Dear Doctor,

Nama tersebut di atas adalah Peserta (Yang Diasuransikan) pada PT Prudential Sharia Life Assurance atas manfaat yang berkaitan dengan salah satu Kondisi Kritis. Kami telah menerima pengajuan klaim sehubungan dengan penyakit tersebut dan untuk kelancaran proses klaim, kami sangat mengharapkan kerjasama Anda untuk melengkapi formulir ini.

The name above is insured with PT Prudential Sharia Life Assurance. A claim has been submitted in connection with one of the Critical Illness and to enable us to assess the claim, we would be grateful for your cooperation in the completion of this form.

Atas kerja sama kami ucapkan terima kasih.
Thank you.

*Peserta (Yang Diasuransikan) dapat mencakup Peserta dan Peserta Yang Diasuransikan

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?

2. Mohon cantumkan Diagnosanya?
Please give us your detailed diagnosis?

3. Kapan Diagnosa penyakit ini ditegakkan?
When the illness disease has been diagnosed?

4. Apakah gejala/keluhannya?
What were the patient's chief symptoms/complaints?

5. Sejak kapan gejala dan keluhan tersebut dilaporkan?
Since when the chief symptoms/complaints?

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

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

7. Tindakan medis, pengobatan dan saran apa yang telah diberikan? Mohon jelaskan juga tujuannya.
Please describe any medication or suggestions given to the patient and the purpose of such medications/suggestions.

Tanggal <i>Date</i>	Jenis tindakan medis/Pengobatan/Saran <i>Type of medication/suggestion</i>	Tujuan <i>Purpose</i>

8. Apa penyebab dari penyakit yang diderita oleh pasien?

What caused of disease suffered by the patient?

Cacat Bawaan
Congenital factors

HIV

Penyalahgunaan Alkohol
Alcohol abused

Penyalahgunaan Obat terlarang
Drugs Abused

9. Apakah ada kelainan yang menetap sebagai berikut:

Are there any persisting signs of:

▪ Penciutan ukuran hati dengan cepat Ya/Yes Tidak/No
Rapid reduction of liver size

▪ Kematian jaringan seluruh lobus hati Ya/Yes Tidak/No
Necrosis of all liver lobes

▪ Penyakit parenkim hati yang massif Ya/Yes Tidak/No
Massive liver parenchyma disease

▪ Perburukan tes fungsi hati dengan cepat Ya/Yes Tidak/No
Rapid deterioration of liver function test

▪ Tanda obyektif dari ensefalopati sistemik Ya/Yes Tidak/No
Objective signs of systemic encephalopathy

▪ Kuning tidak dapat kembali normal Ya/Yes Tidak/No
Irreversible jaundice

▪ Asites dalam jumlah banyak Ya/Yes Tidak/No
Heavy ascites

▪ Terapi immunosupresif Ya/Yes Tidak/No
Immunosuppressive therapy

10. Apakah kegagalan hati sudah pada tahap akhir? Ya/Yes Tidak/No

Has the liver failure reached an end stage?

11. Mohon berikan nama dan alamat Dokter/spesialis/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi oleh Peserta (Yang Diasuransikan) sebelumnya Peserta (Yang Diasuransikan) menjadi pasien Anda.

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

12. Mohon lampirkan semua hasil pemeriksaan yang telah dilakukan.
Please attach all of test results have been done.

B. RINCIAN MEDIS / MEDICAL DETAILS

1. Untuk Pengangkatan Hati / *for Liver Removal*

- a. Apakah sudah dilakukan pengangkatan hati?
Has liver removal been done?

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

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

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
Doctor's Name

Alamat dan Stempel Rumah Sakit
Address and Stamp of the Hospital

Spesialisasi
Spesialization

Tanggal
Date

Tanda tangan