

---

**SURAT KETERANGAN DOKTER**  
**MEDICAL CERTIFICATE**

- Penyakit pada Paru/*Lung Disease*
- Penyakit Paru Kronik/*Chronic Pulmonary Disease*
- Disabling Primary Pulmonary Hypertension*
- 

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 Dokter 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 Condition 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. Apakah penyebab penyakit ini termasuk cacat bawaan?  
*Is current condition caused by congenital factors?*

Ya/Yes       Tidak/No

9. Apakah penyebab penyakit diakibatkan oleh HIV?  
*Is current condition caused by HIV?*

Ya/Yes       Tidak/No

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

### 1. Untuk Asma Berat /for Severe Asthma

- a. Apakah diperlukan pemasangan Ventilator?  
*Is ventilator installation required?*
- Ya/Yes, berapa lama   
*how long time?*
- Tidak/No
- b. Apakah sudah dilakukan pemasangan vena-cave filter?  
*Has the installation cave vein filter been done?*
- Ya/Yes  Tidak/No
- c. Apakah sudah dilakukan pengangkatan paru ? *Has removal of lung been done?*
- Ya/Yes  Tidak/No

Jika Ya, kapan dilakukan? /If Yes when?

(month/date/years)

- Seluruh paru kanan/ *All of right lung*
- Seluruh paru kiri/ *All of left lung*
- Sebagian paru kanan/ *Partly right lung*
- Sebagian paru kiri/ *Partly left lung*

## 2. Untuk Penyakit Paru Kronik/*For Chronic Pulmonary Disease*

- a. Apakah sudah terdapat bukti hasil tes fungsi paru  $FEV_1 < 1$  liter secara konsisten?  
*Is there any proof from the pulmonary function test showing a consistent  $FEV_1$  result less than 1 liter?*
- Ya/Yes, dilakukan tanggal/*dated*  Tidak/No
- b. Apakah sudah timbul sesak nafas walaupun sedang beristirahat?  
*Has dyspnea occurred at rest?*
- Ya/Yes  Tidak/No
- c. Apakah sudah diperlukan terapi suplementasi oksigen permanen untuk kondisi hipoksemianya?  
*Has permanent oxygen supplementary therapy required for the hypoxemia?*
- Ya/Yes  Tidak/No
- d. Apakah sudah didiagnosis sebagai penyakit paru kronik stadium tahap akhir?  
*Is the diagnosis confirmed to be terminal stage for chronic pulmonary disease?*
- Ya/Yes  Tidak/No

## 3. Untuk Penyakit Disabling Primary Pulmonary Hypertension

- a. Apakah sudah terdapat ketidakmampuan jantung setidaknya sesuai dengan *New York Heart Association Classification*?  
*Has cardiac impairment occurred which fulfilled the New York Heart Association Classification?*
- Ya, Jika Ya *New York Heart Association* kelas berapa?   
*If Yes, What is New York Heart Association Class?*
- Tidak/No
- b. Apakah sudah terdapat bukti adanya peningkatan tekanan pulmoner menetap  $> 30$  mmHg?  
*Was there any evidence that pulmonary pressure has increased permanently  $> 30$  mmHg?*
- Ya, selama lebih dari 6 (enam) bulan terus menerus.  
*Yes, for more than 6 (six) months continuously.*
- Ya, namun belum melebihi 6 (enam) bulan terus menerus.  
*Yes, but not yet exceeding 6 (six) months continuously.*
- Tidak/No
- c. Apakah tindakan kateterisasi jantung telah dilakukan?  
*Has cardiac catheterization been done?*
- Ya/Yes   
*month/date/years*
- 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  
*Signature*