

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

☐ **Transplantasi Organ/Organ Transplant**

☐ **Gagal Ginjal/Renal Failure**

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. 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? ☐ 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 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

▪ Transplantasi Organ/Organ Transplantation

1. Transplantasi Usus Kecil/Small Bowel Transplant
Apakah transplantasi Usus Kecil sudah dilaksanakan?
Has bowel transplantation been carried out?

☐ YA/Yes : Transplantasi dilakukan tanggal :
Transplantation done on :

Mohon sebutkan panjang transplant usus kecil:
Please specify the size of bowel transplant:

☐ Tidak/No

2. Transplantasi Kornea/Corneal Transplant
Apakah transplantasi Kornea sudah dilaksanakan?
Has corneal transplantation been carried out?

☐ Ya/Yes : Transplantasi dilakukan tanggal
Transplantation done on

Mohon sebutkan/Please specify:

☐ Sebagian Kornea/Partial of Cornea

☐ Seluruh Kornea/Total of Cornea

☐ Tidak/No

3. Transplantasi Organ Lainnya/ *Other organs transplantation*

Pada organ manakah transplantasi telah dilakukan?

What the organ had transplanted?

- | | |
|--|---|
| ☐ Ginjal/Kidney | ☐ Pankreas/ <i>Pancreas</i> |
| ☐ Paru/ <i>Lung</i> | ☐ Sum-sum Tulang/ <i>Bone Marrow</i> |
| ☐ Jantung/ <i>Heart</i> | ☐ Lainnya/ <i>Others</i> , sebutkan/ <i>please state</i> |

Sebutkan tanggal pelaksanaan transplantasi :

Please state date of transplantation :

Sebutkan jenis tindakan transplantasi yang dilakukan/ *Please state the transplantation method:*

- | | |
|-------------------------------------|--|
| ☐ Laparatomy | ☐ Hematopoetik sel induk/ <i>hematopoetic stem cell</i> |
|-------------------------------------|--|

4. Jika belum dilakukan transplantasi organ/ *If the organ transplant has not been performed :*

- ☐ Transplantasi akan dilakukan pada tanggal// dan Peserta (Yang Diasuransikan) sudah resmi tercatat dalam daftar tunggu sebagai resipien.
Transplant will be done on// and the patient is officially registered as a recipient.
- ☐ Transplantasi perlu dilakukan, tapi belum direncanakan tanggalnya dan Peserta (Yang Diasuransikan) belum resmi tercatat dalam daftar tunggu sebagai resipien.
Transplant is needed but the date has not been decided and the patient is not yet officially registered as a recipient
- ☐ Transplantasi tidak perlu dilakukan
No transplantation needed

▪ **Gagal Ginjal/ *Renal Failure* :**

1. Apakah sudah terjadi penurunan fungsi ginjal yang dibuktikan dengan hasil eGFR kurang dari 15 ml/mm/1.732 m²?

Has kidney function been decreased which proven by eGFR is lower than 15 ml/mm/1.732 m²?

- | | |
|---|---|
| ☐ Ya/ <i>Yes</i> | ☐ Tidak/ <i>No</i> |
|---|---|

2. Sebutkan tanggal pemeriksaan eGFR :

Please state date of eGFR test:

3. Apakah sudah dilakukan pengangkatan satu ginjal?

Has removal of one kidney been done?

☐ Ya/Yes, pada tanggal/on :

☐ Tidak/No

4. Gagal Ginjal terjadi pada : ☐ Ginjal kiri ☐ Ginjal kanan ☐ Kedua Ginjal
The renal failure happened to the : Left kidney Right Kidney Both kidneys

5. Gagal Ginjal sudah pada tahap terminal? ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No
Was the kidney failure in a terminal stage?

6. Peserta (Yang Diasuransikan) harus menjalani hemodialisis atau dialisis peritoneal secara teratur ? ☐ Ya/Yes ☐ Tidak/No
Did the patient need to have a regular hemodialysis or peritoneal dialysis?

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