

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

Juvenile Sistemik Arthritis Kronik / Severe Juvenile Rheumatoid Arthritis (Still's Disease)

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 **Peserta** PT Prudential Sharia 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 Sharia 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 / keluhannya yang ada?
What were the patient's main symptoms/complaints?

--

- Sejak kapan gejala dan keluhan dirasakan?
When the main symptoms/complaints first accured?

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?

Is current condition caused by congenital factors?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

9. Jika bukan karena kongenital, mohon jelaskan penyebab, faktor resiko, zat yang mengkontaminasi atau hal lain yang mempermudah timbulnya penyakit ini/ *Please describe cause, risk factors, any presence of contamination, or other diseases which precipitate this disease*

Penyebab dan faktor resiko <i>Causes and risk factors</i>	Sejak kapan <i>First detected</i>	Keterangan <i>Remarks</i>

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

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

11. Apakah penyebab penyakit karena penyalahgunaan alkohol?
Is current condition caused by alcohol abused?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

12. 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.*

--

B. RINCIAN MEDIS / *MEDICAL DETAILS*

1. Mohon jelaskan secara rinci dasar dari ditegakkannya diagnosa penyakit ini berdasarkan kriteria American College of Rheumatology (ACR) ?
Please explain the diagnosa based on American College of Rheumatolgy (ACR) ?

--

2. Mohon sebutkan manifestasi kardinal yang terjadi.

Please state the cardinal manifestations that occurred.

3. Mohon sebutkan perubahan bentuk klinik persedian yang terjadi

Please state the clinical deformity of the following joints area that occurred :

☐ Tangan/ <i>Hands</i>	☐ Panggul/ <i>Hips</i>
☐ Pergelangan Tangan/ <i>Wrists</i>	☐ Pergelangan Kaki/ <i>Ankle</i>
☐ Siku/ <i>Elbows</i>	☐ Tulang belakang leher/ <i>Cervical spine</i>
☐ Lutut/ <i>Knees</i>	☐ Sendi metatarsophalangeal di kaki/ <i>Metatarsophalangeal joints in the feet</i>

4. Mohon beri tanda pada hal-hal dimana terdapat ketidakmampuan total pada pasien untuk menjalaninya (dengan atau tanpa bantuan) setidaknya selama 6 (enam) bulan terus menerus.

Please tick in the boxes if there are patient's inability to perform (whether aided or unaided) for a continuous period of 6 (six) months.

☐ Mandi / <i>Bathing</i>	☐ Berpindah / <i>Mobility</i>
☐ Berpakaian / <i>Dressing</i>	☐ Buang air / <i>Toileting</i>
☐ Beralih tempat / <i>Transferring</i>	☐ Menyupai / <i>Feeding</i>

5. Berdasarkan pemeriksaan radiologis yang telah dilakukan, apakah pada pasien ditemukan adanya kerusakan sendi berupa :

Based on the radiological examination. Is the patient suffered joint damaged from:

☐ Penyempitan ruang sendi / <i>Joint space narrowing</i>
☐ Erosi / <i>Erosion</i>
☐ Deformitas sendi / <i>Deformity</i>

6. Mohon lampirkan dan jelas hasil pemeriksaan radiologi yang ditemukan

Please attach and explain radiology examination

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