

SURAT KETERANGAN DOKTER
MEDICAL CERTIFICATE

- ☐ **Kanker / *Cancer***
☐ **Tumor Jinak Otak / *Benign Brain Tumor***

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*

• **Kanker/ *Cancer***

1. Apakah kanker terlokalisir (tidak ada infiltrasi ke jaringan sekitar)?
Is cancer localized (there is no infiltration to the other tissue)

☐ Ya/*Yes* ☐ Tdk/*No*

2. Untuk kanker *solid*, mohon jelaskan TNM *staging*-nya. Untuk Leukimia, mohon jelaskan jenisnya.

For solid cancer, please describe the TNM stage. For Leukemia, please explain the type.

3. Apakah sudah ditemukan metastase?

Has metastasis been found?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

Jika Ya, apakah ditemukan metastase pada organ berikut?

If Yes, has metastasis been found in these organs?

- ☐ Otak/*Brain*
☐ Paru-paru/*Lung*
☐ Tulang /*Bone*
☐ Hepar/*Liver*
☐ Organ lainnya / *Other organ*
.....

4. Apakah dilakukan pemeriksaan patologi anatomi?

Has anatomical pathology examination been performed?

☐

Ya, mohon jelaskan hasilnya

Yes, please explain the result

☐

Tidak, mohon jelaskan alasannya

No, please explain the reason

5. Apakah telah dilakukan pembedahan radikal?

Has radical surgery been performed?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

Jika Ya, sebutkan jenis pembedahannya / *If Yes, named the kind of surgery*

6. **Khusus Chronic Lymphocytic Leukimia**, mohon jelaskan stadium berdasarkan kriteria RAI.

For Chronic Lymphocytic Leukimia, please explain the stage based on the RAI criteria.

• **Tumor Jinak Otak/Benign Brain Tumor**

1. Mohon beri tanda jika kelainan berupa :

Please indicate the abnormality in the necessary box :

- | | |
|---|---|
| ☐ <i>Cyst</i> | ☐ Neuroma Akustik / <i>Acoustic Neuroma</i> |
| ☐ <i>Granuloma</i> | ☐ Malformasi dalam/pada pembuluh darah/ <i>arterio-venous malformation</i> |
| ☐ <i>Abscess</i> | ☐ Tumor Kelenjar pituitary / <i>Pituitary gland tumor</i> |
| ☐ <i>Haematoma</i> | ☐ Tumor sumsum tulang belakang / <i>Bone marrow tumor</i> |
| ☐ Pengapuran/ <i>Calcification</i> | |
| ☐ <i>Meningioma</i> | |

2. Apakah terjadi Kelainan Neurologik yang permanen pada pasien?

Are there any evident of permanent neurologic deficits on the patient?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

Kelainan neurologik berupa/*in the form of:*

3. Apakah telah dilakukan pengangkatan Tumor Pituitary?

Has Pituitary tumor removal surgery been performed?

☐

Ya, pengangkatan tumor pituitary seluruhnya / *Yes, whole removal of pituitary tumor*

☐

Ya, pengangkatan tumor pituitary Sebagian/ *Yes, half removal of pituitary tumor*

☐

Tidak/No

• **Hematoma Subdural/ Subdural haematoma**

1. Apakah penyebab kondisi dikarenakan kecelakaan?

Is current condition caused by an accident?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

2. Apakah telah dilakukan pembedahan bur hole?

Has any Bur Hole surgery been performed?

☐

Ya/Yes

☐

Tidak/No

Mohon tuliskan informasi lainnya yang menurut Dokter dapat membantu kami untuk memproses klaim ini.

Please write any information which could assist us in assessing this claim

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