

RAHASIA

SURAT KETERANGAN DOKTER

- ✓ Diisi oleh Dokter yang merawat/mengobati
- ✓ Harap diisi dengan menggunakan huruf cetak
- ✓ Beri tanda "√" yang sesuai dengan kondisi penyakit :

- Penyakit Hati Kronik/*Chronic Liver Disease*
- Sirosis Hepatis
- Radang Hati Fulminan karena Virus Hepatitis/*Fulminant Viral Hepatitis*

DATA PASIEN (DIISI OLEH DOKTER)

1. Nama Pasien : _____
2. Nomor E-KTP/ Paspor : _____
3. No. Pasien/ Rekam Medis/ No.Kartu : _____
4. Tanggal lahir/ Usia : _____
5. Alamat Rumah : _____

RIWAYAT PENYAKIT

6. Kapan pertama kali Pasien berkonsultasi dengan Dokter untuk penyakit ini? ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)
7. Mohon sebutkan diagnosanya:

8. Kapan diagnosa penyakit ini ditegakkan? ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)
9. Mohon jelaskan keluhan/gejala secara terperinci:

10. Sejak kapan gejala dan keluhan tersebut? ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)
11. Mohon jelaskan hasil dan kelainan dari pemeriksaan fisik yang dilakukan:

12. Tindakan medis, pengobatan dan saran apa yang telah diberikan dan mohon jelaskan tujuannya

Tanggal	Bulan	Tahun	Jenis Tindakan Medis/Pengobatan/Saran	Tujuan

13. Apakah penyebab penyakit ini termasuk:

- Cacat Bawaan
- Merokok
- Penyalahgunaan Alkohol
- Human Immunodeficiency Virus (HIV)

14. Bagaimana Prognosis pada pasien ini?

15. Mohon berikan nama dan alamat Dokter/Spesialis/Rumah Sakit yang pernah dikunjungi oleh Pasien sebelumnya:

16. Mohon jelaskan secara detail dan lampirkan semua hasil pemeriksaan atau tes dari Rumah Sakit berhubungan dengan keadaan/penyakit Pasien:

17. Riwayat Penyakit Dahulu (RPD) jika ada, yang meningkatkan resiko penyakit? Jika "Ada", mohon dijelaskan:

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

18. Apakah sebelumnya pasien pernah menjalani rawat jalan? Jika pernah, mohon dijelaskan:

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

19. Apakah sebelumnya Pasien pernah menjalani rawat inap? Jika pernah, mohon dijelaskan:

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

DATA KLINIS

20. Apakah ada kelainan-kelainan yang menetap sebagai berikut:

- | | | |
|---|-----------------------------|--------------------------------|
| a. Berkurangnya volume hati dengan cepat | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| b. Kematian jaringan/nekrosis seluruh lobus Hati | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| c. Menurunnya tes fungsi Hati dengan cepat | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| d. Penyakit perenkim Hati yang massif | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| e. Kuning yang tidak dapat kembali normal | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| f. <i>Ascites</i> dalam jumlah banyak | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |
| g. Tanda obyektif dan <i>Ensefalopati Hepatikus</i> | <input type="checkbox"/> Ya | <input type="checkbox"/> Tidak |

- h. Terapi *Imunosupresif* Ya Tidak
21. Apakah Kegagalan Hati sudah pada tahap akhir? Ya Tidak
22. Untuk penyakit Sirosis Hepatik
- a. Apakah *biopsy* pada Hati telah dilakukan? Ya Tidak
- b. Mohon sebutkan skor *Histology Activity Index* : _____
23. Mohon tuliskan informasi lainnya menurut Dokter yang dapat membantu kami memproses klaim ini.
- _____
- _____
- _____

PERIODE PERAWATAN RUMAH SAKIT

24. Tanggal Masuk : ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn), Jam: ____ : ____
25. Tanggal Keluar : ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn), Jam: ____ : ____

PERNYATAAN DOKTER

Dengan ini saya menyatakan bahwa saya telah membaca, mengerti dan menjawab pertanyaan tersebut di atas dengan lengkap dan benar.

Nama Dokter/Spesialisasi : _____

Alamat Dokter/Rumah Sakit : _____

Nomor Telepon/*Handphone* : _____

Ditandatangani di _____ , ____ / ____ / 20 ____

Nama Dokter

Tanda Tangan & Nama Jelas
(sesuai dengan kartu identitas yang berlaku)

Cap Rumah Sakit

Cap Harus Jelas