

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*

INFORMASI UMUM

1. Nama Pasien/Tertanggung : _____
2. Tanggal Lahir : _____ No. Rekam Medis : _____
3. Kapan pertama kali Pasien berkonsultasi dengan Dokter untuk penyakit ini? ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn)
4. Mohon sebutkan diagnosanya:

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

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

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

Tanggal	Bulan	Tahun	Jenis Tindakan Medis/Pengobatan/Saran	Tujuan

10. Apakah penyebab penyakit ini termasuk:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cacat Bawaan | <input type="checkbox"/> Merokok |
| <input type="checkbox"/> Penyalahgunaan Alkohol | <input type="checkbox"/> Human Immunodeficiency Virus (HIV) |

11. Bagaimana Prognosis pada pasien ini?

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

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

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

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

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

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

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

Tanggal	Bulan	Tahun	Diagnosa

RINCIAN MEDIS

17. 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 <i>Imunosupresif</i> | <input type="checkbox"/> | Ya | <input type="checkbox"/> | Tidak |

18. Apakah Kegagalan Hati sudah pada tahap akhir? Ya Tidak

19. Untuk penyakit Sirosis Hepatik

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|-------|
| a. Apakah <i>biopsy</i> pada Hati telah dilakukan? | <input type="checkbox"/> | Ya | <input type="checkbox"/> | Tidak |
| b. Mohon sebutkan skor <i>Histology Activity Index</i> | | | | |

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

PERIODE PERAWATAN RUMAH SAKIT

21. Tanggal Masuk : ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn), Jam: ____ : ____

22. Tanggal Keluar : ____ (tgl), ____ (bln), ____ (thn), Jam: ____ : ____

PERNYATAAN DOKTER

Saya Dokter yang merawat pasien tersebut, dengan ini menyatakan bahwa keterangan tersebut diatas adalah lengkap dan benar sejauh pengetahuan yang saya miliki dan yakini.

Ditandatangani di _____ , ____ / ____ / 20 ____

Nama Dokter serta Stempel RS

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