

## 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  Ya  Tidak
- b. Kematian jaringan/nekrosis seluruh lobus Hati  Ya  Tidak
- c. Menurunnya tes fungsi Hati dengan cepat  Ya  Tidak
- d. Penyakit perenkim Hati yang massif  Ya  Tidak
- e. Kuning yang tidak dapat kembali normal  Ya  Tidak
- f. *Ascites* dalam jumlah banyak  Ya  Tidak
- g. Tanda obyektif dan *Ensefalopati Hepatikus*  Ya  Tidak
- h. Terapi *Imunosupresif*  Ya  Tidak

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

19. Untuk penyakit Sirosis Hepatik

- a. Apakah *biopsy* pada Hati telah dilakukan?  Ya  Tidak
- b. Mohon sebutkan skor *Histology Activity Index* \_\_\_\_\_

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)