

FORMULIR KETERANGAN DOKTER TENTANG KANKER / PHYSICIAN'S STATEMENT FORM OF CANCER

- Mohon mengisi dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak, jelas dan memberi tanda (f) pada kotak jawaban yang sesuai. / Please fill in the form using a black pen in capital letters and the writing must not come out of the box, clearly and put a tick mark in the appropriate answer box.
- Jika terjadi salah penulisan, jangan dihapus tetapi dicoret dan bubuhkan tanda tangan Dokter di sebelahnya. / If there is a writing error, do not erase it but cross it out and add the Physician's signature next to it.

I. DATA PASIEN/PATIENT DATA

Nama Lengkap/ Full Name : <input style="width: 90%;" type="text"/> Tanggal Lahir/ Date of Birth : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px;"><tr><td>d</td><td>d</td><td>m</td><td>m</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td><td>y</td></tr></table> Jenis Kelamin/ Gender : <input type="checkbox"/> Laki-laki/ Male <input type="checkbox"/> Perempuan/ Female	d	d	m	m	y	y	y	y	No. Polis/ Policy No. : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> No. Peserta/ Member ID. : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> <small>(khusus Grup/Group only)</small> No. Rekam Medis/ Medical Record No. : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>																														
d	d	m	m	y	y	y	y																																

II. DATA DOKTER/PHYSICIAN DATA

Nama Lengkap/ Full Name : <input style="width: 90%;" type="text"/> No. HP/HP No. : <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center; width: 100px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> Nama Rumah Sakit/ Hospital Name : <input style="width: 90%;" type="text"/> Alamat Rumah Sakit/ Hospital Address : <input style="width: 90%;" type="text"/>											

III. PERTANYAAN KESEHATAN/HEALTH QUESTIONS

Jika kolom penjelasan tidak mencukupi, mohon jawaban ditulis dibalik formulir atau dilampirkan pada sehelai kertas.
If the explanation column is not sufficient, please write the answer on the back of the form or attach a piece of paper.

1. Tanggal pasien pertama kali berkonsultasi dengan Dokter
Date when the patient first consulted with the Physician

d	d	m	m	y	y	y	y
---	---	---	---	---	---	---	---
2. Berdasarkan anamnesa, apakah pasien pernah menderita penyakit / gejala lain yang berhubungan dengan keadaan saat ini? Mohon jelaskan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita?
Based on anamnesis has the patient previously suffered from the symptom above or any related disease? Please give explanation about the disease / symptoms and since when was it detected?

Pertama kali terdeteksi First detected	Gejala Symptom	Diagnosa Diagnosis
dd/mm/yyyy		

3. Tanggal berapa pertama kali Anda merawat Pasien sehubungan dengan penyakit kanker yang diderita?
When was the first time you treated the Patient for cancer?

d	d	m	m	y	y	y	y
---	---	---	---	---	---	---	---
4. Jika Anda bukan dokter pertama yang mendiagnosis pasien dengan kondisi ini, mohon berikan nama dan alamat tempat praktek dokter yang mendiagnosa pertama kali kondisi pasien tersebut/ if you are not the first physician who diagnosed the patient with this condition, please provide Name and Practice Address of the Physician who first made the diagnosis

Tanggal Konsultasi Consultation Date	Nama Dokter Name of Physician	Tempat Praktek Practice Address
dd/mm/yyyy		

5. Apakah termasuk Kanker In Situ ? / Is it an in situ cancer? Ya / Yes Tidak / No
6. Sebutkan jenis kanker, organ yang terkena dan stadium TNM-nya atau bila pasien menderita Leukemia, mohon jelaskan jenisnya?
Please describe about the type of cancer, the organ which is affected and the TNM Staging, if for Leukemia please explain the type?

Jenis Kanker Cancer Type	Organ Yang Terkena Organ affected	TNM Staging atau Jenis Leukemia TNM Staging or Leukemia Type

7. Apakah sudah terjadi invasi ke jaringan sekitar? / Was there invasion of adjacent tissues? Ya / Yes Tidak / No
8. Apakah sudah terjadi metastase jauh? / Were there distant metastases? Ya / Yes Tidak / No

Jika Ya, mohon jelaskan lokasi metastasinya / If Yes, please provide full details including site of metastases:

9. Apakah termasuk CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia) I, II, III atau sistem saluran empedu?
Does it included in CIN (Cervical Intraepithelial Neoplasia) I, II, III or bile duct system ? Ya / Yes Tidak / No

No. Polis/ Policy No. :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. Diisi HANYA jika Diagnosis adalah Kanker pada Kulit, Prostat, Tiroid, Kandung Kemih atau Leukemia Limfositik Kronis
To be completed if ONLY for Skin cancer, Prostate cancer, Thyroid cancer, Bladder cancer or Chronic Lymphocytic Leukemia
- a. Untuk semua Kanker Kulit, termasuk Melanoma Malignant, apakah lesinya kurang dari 1,5 mm ketebalan Breslow atau kurang dari stadium 3 skala Clark? / *For all type of skin cancer, including Malignant Melanoma, is the lesion less than 1,5mm Breslow thickness or less than Clark level 3?* Ya / Yes Tidak / No
- b. Untuk Kanker Prostat, Tiroid dan Kandung Kemih, apakah secara histologis tumor diklasifikasikan T1NOM0 (Klasifikasi TNM)? / *For Prostate cancer, Thyroid and Bladder, is the tumor histological classified as T1NOM0 (TNM Classification)?* Ya / Yes Tidak / No
- c. Untuk Leukemia Limfositik Kronis, apakah diklasifikasikan kurang dari stadium 3 RAI? / *For Chronis Lymphocytic Leukemia, is the disease classified as lesser than RAI stage 3?* Ya / Yes Tidak / No
11. Apakah telah dilakukan operasi? Jika Ya, mohon jelaskan dan lampirkan salinan laporan operasinya
Did the patient undergo surgery, if Yes, please explain and a copy of the operation report. Ya / Yes Tidak / No

Tanggal Operasi <i>Date of Surgery</i>	Jenis Operasi <i>Name of Surgery</i>	Apakah operasi dilakukan total atau pengangkatan sebagian organ? <i>Was surgery performed for total or partial organ removal?</i>
dd/mm/yyyy		

IV. PERNYATAAN DOKTER / PHYSICIAN STATEMENT

Saya, sebagai Dokter yang merawat Pasien tersebut di atas menyatakan semua jawaban, pernyataan, keterangan dan informasi dalam Formulir Keterangan Dokter Tentang Kanker ini berikut semua lampiran dan/atau dokumen yang dilampirkan adalah lengkap, aktual, benar, dan dapat dipertanggungjawabkan.
I, as the Physician who has treated the Patient mentioned above, declare that all answers, statements, explanations and informations in this Physician's Statement Form of Cancer, including those provided in any attachments hereto are complete, actual, correct, and reliable.

Dokter/Physician,

(Mohon dilengkapi dengan cap Rumah Sakit/Please complete with Hospital Stamp)

TTD/SIGN

Nama/Name:

Tempat/Place : _____

Tanggal/Date : __/__/____