

FORMULIR KETERANGAN DOKTER TENTANG PENYAKIT GAGAL GINJAL

PHYSICIAN'S STATEMENT FORM OF CHRONIC KIDNEY DISEASE

- Mohon mengisi dengan menggunakan pulpen warna hitam, huruf cetak dan tulisan tidak keluar dari kotak, jelas dan memberi tanda (/) 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 type="text"/>	No. Polis/ Policy No.	:	<input type="text"/>
Tanggal Lahir/ Date of Birth	:	<input type="text"/>	No. Peserta/ Member ID.	:	<input type="text"/>
Jenis Kelamin/ Gender	:	<input type="checkbox"/> Laki-laki/ Male <input type="checkbox"/> Perempuan/ Female	No. Rekam Medis/ Medical Record No.	:	<input type="text"/>

II. DATA DOKTER/PHYSICIAN DATA

Nama Lengkap/ Full Name	:	<input type="text"/>
No. HP/HP No.	:	<input type="text"/>
Nama Rumah Sakit/ Hospital Name	:	<input type="text"/>
Alamat Rumah Sakit/ Hospital Address	:	<input 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.

- Sejak kapan Tertanggung berkonsultasi dengan Dokter? / Since when have you been the medical attendant of the Life Assured?
- Apakah pasien pernah menderita penyakit / gejala lain yang berhubungan dengan keadaan saat ini? Mohon jelaskan jenis penyakit / keluhan apa saja dan sejak kapan diderita? / 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		

- Tanggal berapa untuk pertama kali Anda merawat Pasien sehubungan dengan penyakit gagal ginjal yang diderita? / When was the first time you treated the Patient for chronic kidney Disease?
- Apakah termasuk Gagal Ginjal Stadium akhir? / Is it considered as the last stage of the chronic kidney Disease? Ya / Yes Tidak / No
- Apakah gagal ginjal terjadi pada? / Does the renal failure happen to? Ginjal kiri / Left Kidney Ginjal kanan / Right Kidney Kedua Ginjal / Both Kidney
- Apakah memerlukan hemodialisa secara menetap? / Does the Patient need permanent hemodialysis? Ya / Yes Tidak / No
- Apakah memerlukan transplatasi ginjal? / Does the Patient need a kidney transplant? Ya / Yes Tidak / No
- Apakah sudah dilakukan pengangkatan 1 (satu) ginjal secara utuh? / Has 1 (one) kidney been completely removed? Ya / Yes Tidak / No
- Apakah telah terjadi penurunan laju filtrasi glomerulus? / Has the patient suffered from decreased of eGFR? Ya / Yes Tidak / No
- Jika ya, berapa hasil eGFR pasien? / If yes, how much the result of eGFR? ml/minute/1,73m²
- 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

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 Penyakit Gagal Ginjal ini berikut semua lampiran dan/atau dokumen yang dilampirkan adalah aktual, benar, dan dapat dipertanggungjawabkan. / I, as the Physician who has treated the Patient mentioned above, declare that all answers, statements, explanations and information in this Physician's Statement Form of Chronic Kidney Disease, 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 : ___/___/___