



PERTANYAAN TAMBAHAN SALURAN KEMIH Genito-Urinary Questionnaire

Nama : _____ No. SPAJ / Polis : _____
Name Policy / Application Number
Tanggal Lahir : _____
Date of Birth

1. Sebutkan diagnosa atau gangguan yang Anda derita, contoh haematuri (darah dalam urin), batu ginjal, glomerulonephritis, pyelonephritis, inkontinensia urine, varikokel dll. Lampirkan hasil pemeriksaan yang ada.
Please state the precise diagnosis, or nature of the condition you are suffering from e.g. hematuria (blood in the urine), kidney stones, glomerulonephritis, pyelonephritis, urinary incontinence, varicocele etc. Attach a copy of any medical reports if available.

2. Kapan pertama kali Anda merasakan gejala tersebut / When did you first experience symptoms? / /

3. Deskripsikan gejala-gejala tersebut / Please describe your symptoms fully: _____

4. Apakah Anda masih merasakan gejala-gejala tersebut / Do you still experience symptoms? ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No
Jika "tidak", kapan terakhir kali Anda merasakan gejala-gejala tersebut / If no, when did you last experience symptoms? / /

5. Apakah Anda mengonsumsi obat secara teratur hingga saat ini / Do you currently take any medication? ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No
Jika "ya" sebutkan nama obat, dosis dan berapa lama / If yes, please provide details including names, dosages and frequency: _____

6. Selain yang disebutkan di atas, apakah ada obat-obatan lain yang Anda minum ☐ Ya ☐ Tidak
Other than already stated above, have you ever taken any other medication? Yes No
Jika "ya" sebutkan nama obat, dosis dan berapa lama / If yes, please provide details including names, dosages and frequency: _____

7. Apakah Anda pernah melakukan pemeriksaan penunjang seperti pemeriksaan darah, cystoscopy, x-ray, CT scan, MRI atau USG / Have you ever had any tests or investigations for this condition e.g. blood tests, cystoscopy, x-ray, CT, MRI or ultrasound scan? ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No
Jika "ya" sebutkan / If yes, please provide details: _____

8. Apakah ada pengobatan tambahan yang disarankan oleh dokter Anda / Has any further treatment or follow-up been discussed, recommended or otherwise contemplated? ☐ Ya ☐ Tidak
Yes No
Jika "ya" sebutkan / if yes, please provide details: _____
