

**Confidential Medical Certificate - PRIMARY PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION**  
**Sijil Perubatan Sulit - HIPERTENSI ARTERI PULMONARI PRIMER**

To be completed free of the Company's expense by the Medical Attendant of the Person Covered  
 Untuk diisi tanpa melibatkan perbelanjaan Syarikat oleh Pegawai Perubatan Orang Dilindungi

<b>Name / Nama</b>		<b>Certificate Number / Nombor Sijil</b>	
<b>Date of Birth / Tarikh Lahir</b>		<b>Identity Card No / Nombor Kad Pengenalan</b>	

The above named is covered with Prudential BSN Takaful Berhad against the happening of certain contingent events associated with his/her health. A claim has been submitted in connection with **PRIMARY PULMONARY ARTERIAL HYPERTENSION**, and to enable us to assess the claim we would be grateful for your co-operation in the completion of this form.

Penama diatas dilindungi oleh Prudential BSN Takaful Berhad dari kejadian yang bersangkutan dengan kesihatan beliau. Satu tuntutan bersangkutan dengan **HIPERTENSI ARTERI PULMONARI PRIMER** telah dikemukakan dan untuk membolehkan kami menilai tuntutan tersebut, kami berbesar hati di atas kerjasama anda dalam melengkapkan borang ini.

<b>SECTION A / BAHAGIAN A : General / Umum</b>	
1. Are you the patient's usual medical attendant? If yes, please provide details of all consultations Adakah anda perawat perubatan pesakit yang biasa? Jika ya, sila kemukakan semua perundingan perubatan  a) 1st consultation (dd/mm/yy) Tarikh perundingan pertama (hh/bb/tt)  b) Consultation dates (dd/mm/yy) Tarikh perundingan hh/bb/tt	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak  a) _____ b) _____
2. Is the patient being referred by another doctor? If yes, please give details. Adakah pesakit ini dirujuk oleh doktor lain? Jika ya sila beri butiran.	
3. When were you first consulted for this condition and at that time, how long had symptoms been present? Bilakah anda pertama kali ditemui untuk keadaan ini dan pada waktu itu, sudah berapa lamakah tanda-tanda tersebut telah ada?	
4. On which date did the patient first become aware of the condition? Bilakah (tarikh) pesakit pertama kali menyedari mengenai keadaan ini?	
5. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any possible related illness? Adakah pesakit sebelum ini mengalami keadaan seperti yang di atas atau penyakit yang berkaitan?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

**61601052**

**SECTION A / BAHAGIAN A : General / Umum**

6. If yes, please state the following details / Jika ya sila nyatakan yang berikut:

Consultation Date <i>Tarikh Rawatan</i>	Nature of complaints <i>Sifat-sifat aduan</i>	Diagnosis Made <i>Diagnosis yang dibuat</i>

7. Is there anything in the patient's habit or personal medical history which would have increased the risk of primary Pulmonary Arterial Hypertension?  
*Adakah terdapat apa-apa pada gaya hidup atau sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko Hipertensi Arteri Pulmonari primer?*

8. Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of Primary Pulmonary Arterial Hypertension?  
*Adakah terdapat apa-apa sejarah ahli keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko Hipertensi Arteri Pulmonari Primer?*

9. Please furnish the following information in regards to other medical practitioners whom to your knowledge has attended to the patient in the past.  
*Sila berikan maklumat yang berikut mengenai pengamal perubatan lain yang pada pengetahuan anda pernah merawat pesakit pada masa lalu.*

Date <i>Tarikh</i>	Nature of complaints <i>Sifat-sifat penyakit</i>	Name of doctor <i>Nama doktor</i>	Address & Tel. no of doctor <i>Alamat &amp; No. Tel Doktor</i>

SECTION B / BAHAGIAN B : MEDICAL DETAILS / BUTIR-BUTIR PERUBATAN									
1. Please provide full and exact details of the diagnosis. <i>Sila berikan butiran yang penuh dan lengkap berkenaan diagnosis penyakit.</i>									
2. Is the condition associated with any other underlying causes or condition; or related to any congenital condition? <i>Adakah keadaan ini berkaitan dengan sebarang sebab-sebab dasar atau keadaan atau berkaitan dengan sebarang keadaan sedia ada ketika dilahirkan?</i>									
3. Is the diagnosis resulting in permanent physical impairment to the degree of at least Class III of the New York Heart Association (NYHA) classification of cardiac impairment? What is the exact NYHA classification? <i>Adakah diagnosis ini menyebabkan kecacatan fizikal kekal sehingga tahap sekurang-kurangnya klasifikasi Kelas III Persatuan Jantung New York (NYHA) bagi kerosakan jantung? Apakah klasifikasi tepat NYHA?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak								
4. Please advise the extend of impairment according to New York Heart Association (NYHA) classification. <i>Sila nyatakan tahap kerosakan menurut klasifikasi Persatuan Jantung New York (NYHA).</i>									
5. Is there any evidence of right ventricular enlargement? If yes, kindly provide the measurement dimension. <i>Adakah terdapat bukti pembesaran ventrikel kanan? Jika ya sila nyatakan dimensi ukurannya.</i>									
6. What investigations or tests have been performed to verify the condition? <i>Apakah siasatan atau ujian yang telah dijalankan untuk mengesahkan kondisi ini?</i>									
7. Please give names and addresses of all consultants, specialists or hospitals to which patient has been referred to or attended for this condition. <i>Sila berikan nama dan alamat semua pakar runding, pakar atau hospital di mana pesakit telah dirujuk untuk keadaan ini.</i>									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="width: 20%; padding: 5px;">Date <i>Tarikh</i></th> <th style="width: 30%; padding: 5px;">Nature of complaints <i>Sifat-sifat penyakit</i></th> <th style="width: 25%; padding: 5px;">Name of doctor <i>Nama doktor</i></th> <th style="width: 25%; padding: 5px;">Address &amp; Tel. no of doctor <i>Alamat &amp; No. Tel Doktor</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr style="height: 150px;"> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Date <i>Tarikh</i>	Nature of complaints <i>Sifat-sifat penyakit</i>	Name of doctor <i>Nama doktor</i>	Address & Tel. no of doctor <i>Alamat &amp; No. Tel Doktor</i>				
Date <i>Tarikh</i>	Nature of complaints <i>Sifat-sifat penyakit</i>	Name of doctor <i>Nama doktor</i>	Address & Tel. no of doctor <i>Alamat &amp; No. Tel Doktor</i>						

**SECTION B / BAHAGIAN B : MEDICAL DETAILS / BUTIR-BUTIR PERUBATAN**

8. If there is any further information which, in your opinion, will assist our Chief Medical Officer in assessing this claim, please furnish such information below:-

*Jika terdapat maklumat lanjut, yang pada pendapat anda dapat membantu Ketua Pegawai Perubatan kami dalam menilai tuntutan ini, sila nyatakan maklumat tersebut di bawah ini:-*

9. Please attach results of any investigations performed and provide remarks, if any below:-

*Sila lampirkan keputusan kesemua siasatan yang telah dilakukan dan berikan ulasan, jika ada di bawah ini:-*

**We would be grateful for copies of any relevant hospital reports available.**

***Kami amat berterima kasih jika anda dapat memberikan laporan hospital yang berkenaan.***

I hereby certify that the above answers are all true and to be the best of my knowledge.

*Saya dengan ini mengesahkan semua jawapan di atas adalah benar dan pada pengetahuan terbaik saya.*

<b>Name / Nama</b>	
<b>Signature/ Tandatangan</b>	
<b>Professional qualification / Kelayakan profesional</b>	
<b>Practice stamp and address / Cap perkhidmatan dan alamat</b>	