

Confidential Medical Certificate - ANGIOPLASTY AND OTHER INVASIVE TREATMENTS FOR CORONARY ARTERY DISEASE
Sijil Perubatan Sulit - ANGIOPLASTI DAN RAWATAN INVASIF LAIN UNTUK PENYAKIT ARTERI KORONARI

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

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

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 **ANGIOPLASTY AND OTHER INVASIVE TREATMENTS FOR CORONARY ARTERY DISEASE**, 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 **ANGIOPLASTI DAN RAWATAN INVASIF LAIN UNTUK PENYAKIT ARTERI KORONARI** telah dikemukakan dan untuk membolehkan kami menilai tuntutan tersebut, kami berbesar hati di atas kerjasama anda dalam melengkapkan borang ini.

SECTION A / BAHAGIAN A : General / Umum	
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 mengenai keadaan ini, dan pada waktu itu, sudah berapa lamakah terdapat tanda-tanda tersebut?	
4. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any related illness? Eg. Hypertension, Angina or other Vascular disease. Adakah pesakit sebelum ini mengalami keadaan seperti yang tersebut di atas atau penyakit yang berkaitan? Contohnya Tekanan darah tinggi, Angina atau penyakit Vaskular yang lain.	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

61601097

SECTION A / BAHAGIAN A : General / Umum

5. 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>

6. On which date did the patient first become aware of the condition?
Bilakah (tarikh) pesakit pertama kali menyedari akan keadaan ini?

7. Has the patient undergone Coronary Artery Balloon Angioplasty, artherectomy, laser treatment or the insertion of a stent to correct a narrowing or blockage of one or more coronary arteries prior to this surgery? If yes, please state type of surgery done and date of the surgery performed.

Adakah pesakit pernah menjalani pembedahan Angioplasti Belon Arteri Koronari, arterektomi rawatan laser atau memasukkan sten (besi gegelung) untuk membetulkan satu atau lebih arteri koronari yang sempit atau tersumbat sebelum ini? Jika ya, sila berikan butiran jenis pembedahan yang dilakukan dan tarikh pembedahan tersebut.

8. Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of Coronary Artery Disease?

Adakah terdapat rekod pada sejarah keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko penyakit Arteri Koronari?

9. Please give details of the patient's habit in relation to cigarette smoking.

Sila berikan butir-butir tabiat merokok pesakit.

10. 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 & No. Tel Doktor</i>

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

1. Please describe the full and exact diagnosis of the heart disease.
Sila berikan butiran yang penuh dan tepat mengenai diagnosis penyakit jantung ini

2. a) Is the diagnosis related to the following condition:-
Adakah diagnosis berkaitan dengan keadaan berikut:-

Coronary Artery Balloon Angioplasty/ *Angioplasty Belon Arteri*

Artherectomy/ *Arterektomi*

Laser treatment/ *Rawatan Laser*

Insertion of stent to correct narrowing or blockage/ *Memasukan sten (besi gegelung) untuk membetulkan satu atau lebih Ateri Koronari yang sempit atau tersumbat.*

Intra-arterial investigative procedures/ *Prosedur penyiasatan intra-arteri*

b) Treatment date/ *Tarikh rawatan (dd/mm/yy)*

3. Please confirm and provide a copy of ECG result if there is a significant and relevant ECG changes (ST segment depression of two (2) milliliters or more)
Sila nyatakan dan sertakan salinan keputusan ECG jika terdapat perubahan ECG yang ketara dan relevan (lekukan/depresi segmen ST sebanyak dua (2) milimeter atau lebih)

4. Please provide the address of the hospital where operation took place and also the name of the surgeon.
Sila berikan alamat hospital dan nama pakar bedah yang menjalankan pembedahan tersebut.

5. Kindly provide the angiographic evidence to confirm the location of stenosis prior to treatment.
Sila sertakan bukti angiografi untuk mengesahkan lokasi stenosis sebelum rawatan dijalankan.

6. Please give names and addresses of all consultants, specialists or hospitals to which patient has been referred to or attended for this condition.
Sila berikan nama dan alamat semua pakar runding, pakar atau hospital di mana pesakit telah dirujuk untuk keadaan ini.

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 & No. Tel Doktor</i>

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

7. 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:-

8. 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.

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