

**Confidential Medical Certificate - APALLIC SYNDROME**  
***Sijil Perubatan Sulit - SINDROM APALIK***

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

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 **Apallic Syndrome**, 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 berkaitan dengan kesihatan beliau. Satu tuntutan berkaitan dengan **Apallic Syndromet** 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 <i>Adakah anda perawat perubatan pesakit yang biasa? Jika ya, sila kemukakan semua perundingan perubatan</i>  a) 1st consultation (dd/mm/yyyy) <i>Tarikh perundingan pertama (hh/bb/tttt)</i>  b) Consultation dates (dd/mm/yyyy) <i>Tarikh perundingan (hh/bb/tttt)</i>	<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. <i>Adakah pesakit ini dirujuk oleh doktor lain? Jika ya sila beri butiran.</i>	
3. When were you first consulted for this condition and at that time, how long had symptoms been present? <i>Bilakah kali pertama anda ditemui mengenai keadaan ini, dan pada waktu itu, sudah berapa lamakah anda mengalami simptom tersebut?</i>	
5. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any related illness? Eg. Hypertension, Transient Ischaemic attack, Angina or other Vascular disease. <i>Adakah pesakit ini mengalami keadaan seperti yang tersebut di atas atau penyakit yang berkaitan sebelum ini? Contohnya tekanan darah tinggi, serangan iskaemik yang sementara, Angina atau penyakit Vaskular yang lain.</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Ya <input type="checkbox"/> No/Tidak

**61601106**

**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 illness?  
*Bilakah (tarikh) pesakit pertama kali menyedari mengenai penyakitnya?*

7. Is there anything in the patient's personal medical history that would have increased the risk of apalic syndrome?  
*Adakah terdapat rekod pada sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko sindrom apalik?*

8. Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of apalic syndrome?  
*Adakah terdapat rekod pada sejarah keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko sindrom apalik?*

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 aduan</i>	Name of doctor <i>Nama doktor</i>	Address & Tel. no of doctor <i>Alamat &amp; No. tel doktor</i>

<b>SECTION B/BAHAGIAN B: MEDICAL DETAILS/BUTIR-BUTIR PERUBATAN</b>	
1. Please provide full and exact details of the diagnosis. <i>Sila berikan butiran yang penuh dan lengkap berkenaan diagnosis.</i>	
2. Please state the clinical manifestations exhibited by the patient and date of the last consultation (DD/MM/YYYY) <i>Sila nyatakan manifestasi klinikal yang ditunjukkan oleh pesakit dan tarikh rundingan terakhir(tarikh/bulan/tahun)</i>	
3. Is there presence of universal necrosis of the brain cortex with the brainstem remain intact? <i>Adakah kehadiran nekrosis pada universal korteks otak dengan pangkal otak masih utuh?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>
4. Please provide details and enclose reports for any imaging tests done <i>Sila berikan butiran dan sertakan laporan untuk sebarang ujian yang dilakukan</i>	
5. Is the condition associated with any underlying causes or conditions or related to any congenital or physiological condition(s)? <i>Adakah keadaan itu berkaitan dengan sebarang sebab atau keadaan yang mendasari atau berkaitan dengan keadaan kongenital atau fisiologi?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>
6. How long the condition been medically documented? <i>Berapa lama keadaan itu didokumentasikan secara perubatan?</i>	
7. Has the condition persisted for at least one month since its onset? If yes, please state the duration for which it has persisted and supported with copy of medical report (Eg: EEG) <i>Adakah keadaan ini berterusan sekurang-kurangnya selama satu bulan sejak ia bermula? Sekiranya ya, nyatakan tempoh ia berlanjutan dan disokong dengan salinan laporan perubatan (contoh: EEG)</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>
8. What treatment has been and is currently being administrated? <i>Apakah rawatan yang telah dan sedang dijalankan?</i>	

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

9. 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 Tarikh	Nature of complaints Sifat-sifat aduan	Name of doctor Nama doktor	Address & Tel. no of doctor Alamat & No. tel doktor

10. 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:-*

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