

Confidential Medical Certificate - CHRONIC RELAPSING PANCREATITIS

Sijil Perubatan Sulit - PANKREATITIS KRONIK BERULANG

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 <i>Nama</i>		Certificate Number <i>Nombor Sijil</i>	
Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i>		Identity Card No <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 **CHRONIC RELAPSING PANCREATITIS**, and to enable us to assess the claim we would be grateful for your co-operation in the completion of this form.

Penama di atas dilindungi oleh Prudential BSN Takaful Berhad dari kejadian yang berkaitan dengan kesihatan beliau. Satu tuntutan berkaitan dengan **PANKREATITIS KRONIK BERULANG** 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	
<p>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></p> <p>a) 1st consultation (dd/mm/yyyy) <i>Tarikh perundingan pertama (hh/bb/tttt)</i></p> <p>b) Consultation dates (dd/mm/yyyy) <i>Tarikh perundingan (hh/bb/tttt)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes/Ya <input type="checkbox"/> No/Tidak</p> <p>a) _____</p> <p>b) _____</p>
<p>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></p>	
<p>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></p>	
<p>4. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any related illness? <i>Adakah pesakit pernah mengalami keadaan seperti dia atas atau penyakit yang berkaitan sebelum ini?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes/Ya <input type="checkbox"/> No/Tidak</p>

61601107

SECTION A/BAHAGIAN A: General/Umum			
5. If yes, please state the following details/ <i>Jika ya sila nyatakan yang berikut:</i>			
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? <i>Bilakah (tarikh) pesakit pertama kali menyedari mengenai penyakitnya?</i>			
7. Is there anything in the patient's personal medical history that would have increased the risk of chronic relapsing pancreatitis? <i>Adakah terdapat rekod pada sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko pankreatitis kronik berulang?</i>			
8. Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of chronic relapsing pancreatitis? <i>Adakah terdapat rekod pada sejarah keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko pankreatitis kronik berulang?</i>			
9. Please give details of the patient's habit in relation to cigarette smoking. <i>Sila berikan butir-butir tabiat merokok pesakit.</i>			
10. Please furnish the following information in regards to other medical practitioners whom to your knowledge has attended to the patient in the past. <i>Sila berikan maklumat yang berikut mengenai pengamal perubatan lain yang pada pengetahuan anda pernah merawat pesakit pada masa lalu.</i>			
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 & 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.</i>	
2. Has patient developed Pancreatic Dysfunction as result of pancreatitis? <i>Adakah pesakit mengalami gejala disfungsi pankreas disebabkan pankreatitis?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>
3. If the answer for Question no 3 is yes, please select the type of pancreatic dysfunction that patient has. <i>Sekiranya jawapan untuk Soalan no 3 adalah ya, sila pilih jenis disfungsi pankreas yang pesakit alami.</i>	i) Endocrine insufficiency <i>Kekurangan endokrin</i> <input type="checkbox"/> iii) Exocrine insufficiency <i>Kekurangan eksokrin</i> <input type="checkbox"/>
4. Was the insulin production reduce AFTER the pancreatitis episodes(s)? <i>Adakah pengeluaran insulin berkurang SELEPAS episod pankreatitis?</i> If yes, please select the applicable complication(s) from the insulin insufficiency state above <i>Jika ya, sila nyatakan komplikasi yang berlaku dari keadaan kekurangan insulin di atas</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i> i) Hyperglycemia <i>Hiperglikemia</i> <input type="checkbox"/> iii) Pre-diabetic state <i>Kedaaan pra-diabetes</i> <input type="checkbox"/> iii) Diabetes Mellitus <i>Diabetes melitus</i> <input type="checkbox"/>
5. Has the patient suffered from Malabsorption Syndrome? <i>Adakah pesakit menderita Sindrom Malabsorpsi?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>
6. Does patient currently treat with Enzyme replacement therapy? <i>Adakah pesakit kini dirawat dengan penggantian Enzim terapi?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i> Please state details of the therapy <i>Sila nyatakan perincian terapi</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>
7. What caused the Pancreatitis episodes? <i>Apakah yang menyebabkan episod Pancreatitis?</i>	a) Gallstone <i>Batu hempedu</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i> b) Alcohol <i>Alkohol</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i> c) Autoimmune/ Inflammatory <i>Autoimun/radang</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i> d) Genetic factor Sweat test) <i>Faktor genetik</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i> e) Congenital <i>Kongenital</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i> f) Idiopathic <i>Idiopatic</i> <input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>

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

8. Was any diagnostic procedure done to confirm on the diagnosis? Kindly state the findings from the report & attach copy of the report.
Adakah prosedur diagnostik dilakukan untuk mengesahkan diagnosis? Nyatakan penemuan dari laporan & lampirkan salinan laporan.

9. Was the biopsy done? If yes, please state the findings and attach copy of the biopsy report(s).
Adakah biopsi dilakukan? Sekiranya ya, nyatakan penemuan dan lampirkan salinan laporan biopsi.

10. Is there any other information that you think will be useful to support the assessment?
Adakah terdapat maklumat lain yang menurut anda berguna untuk menyokong penilaian?

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

12. 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:-

13. 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:-

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

Note: 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 <i>Nama</i>	
Signature <i>Tandatangan</i>	
Professional qualification <i>Kelayakan profesional</i>	
Practice stamp and address <i>Cap perkhidmatan dan alamat</i>	