

**Confidential Medical Certificate - COMA**  
**Sijil Perubatan Sulit-KOMA**

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 **COMA**, 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 **KOMA** 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>	
<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/yy) <i>Tarikh perundingan pertama (hh/bb/tt)</i></p> <p>b) Consultation dates (dd/mm/yy) <i>Tarikh perundingan hh/bb/tt</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 you were first consulted for this condition and at that time, how long had symptoms been present? <i>Bilakah anda pertama kali ditemui untuk keadaan ini dan pada ketika itu sudah berapa lamakah tanda-tanda tersebut telah ada?</i></p>	
<p>4. On which date did the patient first become aware of the condition? <i>Bilakah (tarikh) pesakit pertama kali menyedari mengenai penyakitnya ini?</i></p>	
<p>5. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any possible related illness? <i>Adakah pesakit sebelum ini mengalami keadaan seperti yang di atas atau penyakit yang berkaitan?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya      <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>

**61601032**

**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 history which would have increased the risk of coma?  
*Adakah terdapat apa-apa tabiat atau sejarah peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko koma?*

8. Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of coma?  
*Adakah apa-apa dalam sejarah keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko koma?*

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 injury, disease or condition causing coma, including date and time of onset. <i>Sila berikan butiran yang penuh dan lengkap mengenai kecederaan, penyakit, atau keadaan yang menyebabkan koma. termasuk tarikh dan masa ia bermula.</i>			
2. How long (hours) has the patient been in the state of coma? <i>Berapa lama (jam) pesakit berada dalam keadaan koma?</i>			
3. What support systems were required to maintain the survival of the patient? <i>Sistem sokongan apakah yang dilakukan untuk menampung keupayaan pesakit untuk terus hidup?</i>			
4. What tests were performed to determine the depth of coma? <i>Ujian apakah yang dilakukan bagi memastikan kedalaman koma?</i>			
5. Please provide the date and time of emergence from the coma, and comment on the patient's limitations both physical and mental from that time. <i>Sila berikan tarikh dan masa pesakit sedar dari koma, dan beri ulasan anda di atas batas keupayaan fizikal dan mental / pemikiran pesakit dari masa tersebut.</i>			
6. Is the coma caused directly from self-inflicted injury, alcohol or drug abuse? Please give details. <i>Adakah koma diakibatkan langsung daripada kecederaan yang disebabkan oleh perbuatan sendiri, penyalahgunaan alkohol atau dadah? Sila berikan butiran.</i>			
7. Is the coma resulting in a permanent neurological deficit with persisting clinical symptoms? <i>Adakah koma menyebabkan kerosakan neurologi kekal dengan gejala klinikal yang berkekalan?</i>			
8. 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>			
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**

5. 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:-*

6. 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>	