

**Confidential Medical Certificate - CORONARY ARTERY BY-PASS SURGERY**  
**Sijil Perubatan Sulit-PEMBEDAHAN PINTASAN 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

<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 **CORONARY ARTERY BY-PASS SURGERY**, 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 **PEMBEDAHAN PINTASAN ARTERI KORONARI** 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/yy) <i>Tarikh perundingan pertama (hh/bb/tt)</i>  b) Consultation dates (dd/mm/yy) <i>Tarikh perundingan hh/bb/tt</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 you were first consulted for this disease and at that time, what were the symptoms and how long had the symptoms been present? <i>Bilakah anda pertama kali dilawati untuk penyakit ini dan pada waktu itu, apakah tanda-tanda penyakit dan sudah berapa lamakah terdapat tanda-tanda tersebut?</i>	
4. Has the patient previously suffered from above condition or any other related illness? e.g. hypertension, angina or other vascular disease. <i>Adakah pesakit pernah mengalami keadaan seperti di atas atau penyakit yang berkaitan? Contohnya tekanan darah tinggi, angina atau penyakit vaskular lain.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

**61601033**

**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 conditions?  
*Sila berikan tarikh pesakit pertama kali sedar akan kondisinya?*

--

7. Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of coronary artery disease?  
*Adakah ada apa-apa pada sejarah keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko penyakit koronari arteri?*

--

8. Please give details of the patient's habit in relation to cigarette smoking.  
*Sila berikan butir-butir tabiat merokok pesakit .*

--

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 describe the full and exact diagnosis of the heart disease leading to surgery.  
*Sila nyatakan secara penuh dan tepat diagnosa penyakit jantung hingga menyebabkan pembedahan.*

2. What type of surgery has been performed and when?  
*Apakah jenis pembedahan yang telah dijalankan dan bila?*

3. If a coronary artery by pass grafting surgery has been performed:  
*Jika pembedahan pintasan telah dijalankan:*

a) Please state the number and sites of grafts/ *silanya nyatakan bilangan dan lokasi graf*

b) Was it done via open chest surgery? / *Adakah ia dilakukan melalui pembedahan bukaan dada?*

4. Did the procedure performed involves the following?  
 Adakah prosedur yang dijalankan seperti berikut?

a) Angioplasty  
*Angioplasti*

b) Other intra -arterial or catheter based techniques  
*Teknik intra arteri yang lain atau teknik berdasarkan kateter*

c) Keyhole procedures  
*Prosedur lubang kunci (keyhole)*

d) Laser procedures  
*Prosedur laser*

<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak
<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak
<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak
<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak

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

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 &amp; 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.*

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