

Confidential Medical Certificate - ENCEPHALITIS
Sijil Perubatan Sulit - ENSEFALITIS

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 **ENCEPHALITIS**, 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 **ENSEFALITIS** 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 untuk keadaan ini dan pada waktu itu, sudah berapa lamakah tanda-tanda tersebut telah ada?	
4. On which date did the patient first become aware of the condition? Bilakah (tarikh) pesakit pertama kali menyedari mengenai penyakitnya ini?	
5. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any possible related illness? Adakah pesakit sebelum ini mengalami keadaan seperti yang diatas atau penyakit yang berkaitan?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

61601034

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 medical history which would have increased the risk of Encephalitis?
Adakah terdapat apa-apa pada tabiat atau sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko penyakit Ensefalitis?

8. Is there anything in the patient’s family history which would have increased the risk of Encephalitis?
Adakah terdapat ahli keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko penyakit Ensefalitis?

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 & No. Tel Doktor</i>

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

<p>1. Please provide full and exact details of the diagnosis. <i>Sila berikan butiran yang penuh dan lengkap berkenaan diagnosis penyakit.</i></p>	
<p>2. Please provide details (including exact dates), of the extent of the neurological deficit and how long the deficit has persisted. <i>Sila berikan butir-butir (termasuk tarikh sebenar), sejauh mana kekurangan neurologi dan berapa lamakah kekurangan ini telah berlanjutan.</i></p>	
<p>3. What treatment has been and is currently being administered? <i>Apakah rawatan yang diberi dan kini diuruskan?</i></p>	
<p>4. Has your patient ever been tested positive for HIV/AIDS or are they waiting the result of such a test? <i>Adakah pesakit anda pernah diuji positif HIV/AIDS atau adakah keputusan sedemikian sedang dinanti?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>
<p>5. Do you have any reason to suspect your patient is HIV positive? <i>Adakah anda mempunyai sebab untuk mengesyaki pesakit anda menghadapi HIV positif?</i></p>	
<p>6. Please provide details of any investigations performed and the results. <i>Sila berikan butir-butir akan sebarang penyiasatan yang dijalankan dan keputusannya.</i></p>	

7. 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 penyakit	Name of doctor Nama doktor	Address & Tel. no of doctor Alamat & No. Tel Doktor

8. Please comment on patient’s ability to perform the following Activities of Daily Living (ADL) as of the patient’s last consultation with you, based on the Rating Guide below;
Sila berikan ulasan di atas keupayaan pesakit untuk melakukan Aktiviti-aktiviti Harian Kehidupan (AHK) yang berikut berdasarkan kadar panduan di bawah;

Rating Guide / Kadar Panduan:

Score 1 Markah 1	Able without assistance, i.e. no help is needed <i>Boleh tanpa bantuan, iaitu tiada bantuan diperlukan</i>
Score 2 Markah 2	Occasional help, i.e. need help less than 50% of the time <i>Bantuan dari masa ke masa, iaitu memerlukan bantuan kurang 50% dari masa</i>
Score 3 Markah 3	More often than not, i.e. need help about 50-75% of the time <i>Lebih kerap dari tidak, iaitu memerlukan bantuan lebih kurang 50 -75% dari masa</i>
Score 4 Markah 4	Most of the time, i.e. need help 75-90% of the time <i>Kebanyakan masa, iaitu memerlukan bantuan 75-90% dari masa</i>
Score 5 Markah 5	Almost always/always, i.e. need help all the time or totally unable <i>Selalu/ Hampir selalu, iaitu memerlukan bantuan setiap masa atau tiada upaya sepenuhnya</i>

Under the rating guide, please **CIRCLE THE SCORE** against each of the ADLs, which best describe the level of assistance the patient requires. We understand that for some people, ability to manage ADLs may vary from day to day and within the day. Therefore, the answers should indicate the level of assistance the patient requires on a typical day.

*Dengan menggunakan kadar panduan, sila **BULATKAN MARKAH** di setiap AHK, yang mana paling tepat menggambarkan tahap bantuan yang diperlukan oleh pesakit. Kami faham bahawa untuk sesetengah orang, keupayaan untuk mengendalikan AHK mungkin berbeza dari hari ke hari dan dalam sehari. Oleh demikian, jawapan seharusnya merujuk kepada tahap bantuan yang diperlukan oleh pesakit pada hari yang biasa.*

a) **Transfer** - Getting in and out of a chair without requiring physical assistance.
Pengalihan - Duduk atau bangun dari kerusi tanpa memerlukan bantuan fizikal.

Score Markah	1	2	3	4	5
-------------------------------	---	---	---	---	---

Please describe any difficulties the patient has or any practical support or assistance the patient receives.
Sila nyatakan sebarang kesulitan yang dihadapi pesakit atau sebarang sokongan amali atau bantuan yang diterima oleh pesakit.

Please tell us if the patient is using any special or adapted equipment to help in transferring.
Sila beritahu kami jika pesakit menggunakan sebarang peralatan istimewa atau yang disesuaikan untuk membantu dalam pengalihan.

From what date did the patient need assistance (if applicable) with this activity?
Sejak tarikh mana pesakit memerlukan bantuan (jika terpakai) dengan aktiviti ini?

- b) **Mobility** - The ability to move from room to room without requiring any physical assistance.
Pergerakan - Keupayan untuk berjalan dari bilik ke bilik tanpa memerlukan sebarang bantuan fizikal

Score Markah	1	2	3	4	5
-------------------------	---	---	---	---	---

Please describe any difficulties the patient has or any practical support or assistance the patient receives.
Sila nyatakan sebarang kesulitan yang dihadapi pesakit atau sebarang sokongan amali atau bantuan yang diterima oleh pesakit.

Please tell us if the patient is using any equipment to help in getting around from room to room.
Sila beritahu kami jika pesakit menggunakan sebarang peralatan untuk bantuan pergerakan dari bilik ke bilik.

From what date did the patient need assistance (if applicable) with this activity?
Sejak tarikh mana pesakit memerlukan bantuan (jika terpakai) dengan aktiviti ini?

- c) **Continence** - The ability to voluntarily control bowel and bladder functions such as to maintain a satisfactory level of personal hygiene.
Pengawalan - Keupayaan untuk secara sukarela mengawal fungsi pembuangan air kencing atau najis sepertimana untuk menyelenggarakan kebersihan diri yang memuaskan.

Score Markah	1	2	3	4	5
-------------------------	---	---	---	---	---

Please describe any difficulties the patient has or any practical support or assistance the patient receives.
Sila nyatakan sebarang kesulitan yang dihadapi pesakit atau sebarang sokongan amali atau bantuan yang diterima oleh pesakit.

Please tell us if the patient is using any equipment or protective garments due to difficulties with managing continence.
Sila beritahu kami jika pesakit menggunakan sebarang peralatan atau pakaian perlindungan disebabkan oleh kesusahan dalam menguruskan pengawalan diri.

From what date did the patient need assistance (if applicable) with this activity?
Sejak tarikh mana pesakit memerlukan bantuan (jika terpakai) dengan aktiviti ini?

- d) **Dressing** - Putting on and taking off all necessary items of clothing without requiring assistance of another person.
Berpakaian - Mengenakan atau menanggalkan kesemua pakaian yang perlu tanpa memerlukan bantuan orang lain.

Score Markah	1	2	3	4	5
-------------------------	---	---	---	---	---

Please describe any difficulties the patient has or any practical support or assistance the patient receives.
Sila nyatakan sebarang kesulitan yang dihadapi pesakit atau sebarang sokongan amali atau bantuan yang diterima oleh pesakit.

Please tell us if the patient is using any equipment or special clothing to help with dressing.
Sila beritahu kami jika pesakit menggunakan sebarang peralatan atau pakaian perlindungan disebabkan oleh kesusahan dalam menguruskan pengawalan diri.

From what date did the patient need assistance (if applicable) with this activity?
Sejak tarikh mana pesakit memerlukan bantuan (jika terpakai) dengan aktiviti ini?

- e) **Bathing / Washing**- The ability to wash in the bath or shower (including getting in or out of the bath or shower) or wash by any other means.
Mandi / Membasuh - Keupayaan untuk membersihkan diri atau mandi (termasuk masuk kedalam atau keluar dari bilik air atau bilik mandi) atau membersihkan diri dengan sebarang cara lain.

Score Markah	1	2	3	4	5
-------------------------	---	---	---	---	---

Please describe any difficulties the patient has or any practical support or assistance the patient receives.
Sila nyatakan sebarang kesulitan yang dihadapi pesakit atau sebarang sokongan amali atau bantuan yang diterima oleh pesakit.

Please tell us if the patient is using any equipment to help with the washing and/ or getting in and out of the bath.
Sila beritahu kami jika pesakit menggunakan sebarang peralatan bantuan untuk mencuci dan/atau masuk kedalam atau keluar dari bilik mandi.

From what date did the patient need assistance (if applicable) with this activity?
Sejak tarikh mana pesakit memerlukan bantuan (jika terpakai) dengan aktiviti ini?

- f) **Eating** - All tasks of getting food into the body once it has been prepared and made available any other means.
Makan - Kesemua usaha memasukkan makanan ke dalam anggota setelah ianya disediakan.

Score Markah	1	2	3	4	5
-------------------------	---	---	---	---	---

Please describe any difficulties the patient has or any practical support or assistance the patient receives.
Sila nyatakan sebarang kesulitan yang dihadapi pesakit atau sebarang sokongan amali atau bantuan yang diterima oleh pesakit.

Please tell us if the patient is using any equipment to help with feeding.
Sila beritahu kami jika pesakit menggunakan sebarang peralatan bantuan untuk makan.

From what date did the patient need assistance (if applicable) with this activity?
Sejak tarikh mana pesakit memerlukan bantuan (jika terpakai) dengan aktiviti ini?

9. 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	