

Confidential Medical Certificate - FULMINANT VIRAL HEPATITIS
Sijil Perubatan Sulit - HEPATITIS VIRAL FULMINAN

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 **FULMINANT VIRAL HEPATITIS**, 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 **HEPATITIS VIRAL FULMINAN** 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 you were first consulted for this disease and at that time, how long had the symptoms been present? Bilakah anda pertama kali ditemui untuk keadaan ini dan pada ketika 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. Had the patient previously suffered from above condition or any other related illness? Adakah pesakit pernah mengalami keadaan seperti di atas atau penyakit yang berkaitan? | <input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak |

61601036

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 this illness?
Adakah terdapat apa-apa tabiat atau sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko penyakit ini?

8. Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of fulminant viral hepatitis?
Adakah apa-apa dalam sejarah keluarga pesakit yang mungkin meningkatkan risiko hepatitis viral fulminan?

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 including type(s) of virus involved, any objective signs of portal systemic encephalopathy, hepatic insufficiency, deepening jaundice or any other symptoms. <i>Sila berikan butiran penuh penyakit yang disahkan termasuk jenis (jenis-jenis) virus yang terbahit, apa-apa tanda objektif portalsystemic encephalopathy, kekurangan hepatic, demam kuning yang mendalam atau tanda-tanda yang lain.</i></p> | | | | | | | | | | | |
| <p>2. Is the diagnosis falling within any of the following conditions? <i>Adakah diagnosis tergolong dalam kondisi berikut?</i></p> <p>a) A rapidly decreasing liver size as confirmed by abdominal ultrasound / <i>Penyusutan saiz hati dengan pantas seperti yang disahkan oleh ultrasound abdomen.</i></p> <p>b) Necrosis involving entire lobules, leaving only a collapsed reticular framework / <i>Nekrosis (kematian tisu) melibatkan keseluruhan lobula, meninggalkan hanya satu rangka reticulum.</i></p> <p>c) Rapidly deteriorating liver function tests / <i>Ujian kefungsihan hati yang semakin merosot.</i></p> <p>d) Deepening jaundice/ <i>Jaundis yang semakin mendalam</i></p> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><i>Yes / Ya</i></td> <td style="width: 50%;"><i>No / Tidak</i></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> | <i>Yes / Ya</i> | <i>No / Tidak</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <i>Yes / Ya</i> | <i>No / Tidak</i> | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | |
| <p>3. Please comment on the following / <i>Sila berikan ulasan untuk yang berikut:</i></p> <p>a) The state of the liver and its lobular architecture. Is the liver size rapidly decreasing? <i>Keadaan hati dan binaan lobul. Adakah saiz hati mengecil dengan cepat?</i></p> <p>b) The extent of the liver necrosis and the hepatocellular damage. <i>Sejauh mana nekrosis hati dan kerosakkan hepatocellular.</i></p> <p>c) The degree impairment of the liver function. Does it constitute a parenchymal disease of the liver? <i>Tahap kerosakan fungsi hati. Adakah ia membabitkan penyakit parenchymal hati?</i></p> | | | | | | | | | | | |
| <p>4. Please supply detailed results of serial liver function tests, liver biopsy and laboratory evidence as well as any other tests. <i>Sila berikan keputusan lengkap ujian bersiri fungsi hati, biopsi hati dan bukti-bukti makmal termasuk lain-lain ujian.</i></p> | | | | | | | | | | | |
| <p>5. Was the liver failure a result of attempted suicide, poisoning, drug overdose or excessive alcohol ingestion? If yes please give details. <i>Adakah kegagalan hati disebabkan oleh percubaan membunuh diri, keracunan, pengambilan dadah atau alkohol berlebihan? Jika ya sila berikan butir-butir.</i></p> | <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> <i>Yes / Ya</i></td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> <i>No / Tidak</i></td> </tr> </table> | <input type="checkbox"/> <i>Yes / Ya</i> | <input type="checkbox"/> <i>No / Tidak</i> | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> <i>Yes / Ya</i> | <input type="checkbox"/> <i>No / Tidak</i> | | | | | | | | | | |

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

5. 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 |
|----------------|--|-------------------------------|--|
| | | | |

6. 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:-

7. 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 | |