

**Confidential Medical Certificate - MEDULLARY CYSTIC DISEASE**  
**Sijil Perubatan Sulit - PENYAKIT SISTIK MEDULAR**

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 **MEDULLARY CYSTIC DISEASE**, 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 **PENYAKIT SISTIK MEDULAR** 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 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, what were the symptoms and how long had symptoms been present? Bilakah anda pertama kali ditemui untuk keadaan ini dan pada waktu itu, apakah tanda-tanda dan berapa lamakah tanda-tanda tersebut telah ada?	
4. Date of diagnosis. Tarikh diagnosis.	
5. Date the patient was informed of the diagnosis. Tarikh bila pesakit telah diberitahu akan diagnosis.	
6. On which date did the patient first become aware of the condition? Tarikh bilamanakah pesakit mula-mula menyedari tentang keadaan penyakitnya?	
7. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any possible related illness? Adakah pesakit sebelum ini mengalami keadaan seperti yang di atas atau penyakit yang berkaitan?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

**61601100**

**SECTION A / BAHAGIAN A : General / Umum**

8. 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>

9. Is there anything in the patient's habit or personal medical history which would have increased the risk of medullary cystic disease?  
*Adakah terdapat apa-apa pada tabiat atau sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko penyakit sistik medular?*

10. Is/Are there any family member/s of the patient suffering from the same condition? If yes, please provide details/relationship with patient.  
*Adakah ahli keluarga lain pesakit yang mengalami penyakit yang sama? Jika ya, sila nyatakan hubungan mereka dengan pesakit dan butiran yang ada.*

11. 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 diagnosis. <i>Sila berikan butiran yang penuh dan lengkap berkenaan diagnosis penyakit.</i>																									
2. Has the condition of Medullary Cystic Disease been definitely diagnosed? <i>Adakah Penyakit Sistik Medulari telah disahkan dengan positif?</i>																									
3. Is the patient's condition progressively leading to chronic renal failure? <i>Adakah keadaan pesakit akan menuju secara progresif ke arah penyakit kegagalan ginjal yang kronik?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak																								
4. Please give details of the circumstances leading to this condition. <i>Sila berikan butir-butir keadaan yang membawa kepada keadaan ini.</i>																									
5. If yes, what is the nature and extent of renal impairment? Please attach the renal biopsy result/report if any. <i>Jika ya, apakah sifat dan tahap kerosakkan ginjal? Sila sertakan salinan laporan biopsy ginjal jika ada.</i>																									
6. Please provide dates and other details of investigations performed and attach copies of all relevant laboratory reports such as renal biopsy report. <i>Sila berikan semua tarikh-tarikh dan butir-butir penyiasatan yang dilakukan dan lampirkan salinan-salinan semua laporan-laporan makmal yang berkaitan, contohnya laporan biopsy ginjal.</i>																									
7. Please provide details with dates of current medication and treatment. <i>Sila berikan butir-butir dengan tarikh-tarikh perubatan dan rawatan.</i>																									
8. Is the patient HIV (Human Immunodeficiency Virus) positive? If so, please provide details including the date of diagnosis. <i>Adakah pesakit seorang yang positif HIV (Virus Kurang Daya Tahan Penyakit)? Jika ya, sila berikan butir-butir termasuk tarikh diagnosis.</i>																									
9. Please indicate if any of the following condition(s) is/are present: <i>Sila tanda jika keadaan berikut hadir:</i>	<table border="0"> <tr> <td></td> <td>Yes / Ya</td> <td>No / Tidak</td> </tr> <tr> <td>a) Cysts in the medulla / Sista dalam medulla</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) Tubular atrophy / Tubular atrofi</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) Interstitial fibrosis / Fibrosis interstitial</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) Clinical manifestations / Manifestasi klinikal</td> <td>Yes / Ya</td> <td>No / Tidak</td> </tr> <tr> <td>    i. anaemia / anemia</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>    ii. polyuria / polyuria</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>    iii. renal loss of sodium / kehilangan sodium renal</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Yes / Ya	No / Tidak	a) Cysts in the medulla / Sista dalam medulla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Tubular atrophy / Tubular atrofi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) Interstitial fibrosis / Fibrosis interstitial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Clinical manifestations / Manifestasi klinikal	Yes / Ya	No / Tidak	i. anaemia / anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ii. polyuria / polyuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	iii. renal loss of sodium / kehilangan sodium renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yes / Ya	No / Tidak																							
a) Cysts in the medulla / Sista dalam medulla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
b) Tubular atrophy / Tubular atrofi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
c) Interstitial fibrosis / Fibrosis interstitial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
d) Clinical manifestations / Manifestasi klinikal	Yes / Ya	No / Tidak																							
i. anaemia / anemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
ii. polyuria / polyuria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							
iii. renal loss of sodium / kehilangan sodium renal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																							

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

10. 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

11. 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:-*

12. 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>	