

Confidential Medical Certificate - OCCUPATIONAL ACQUIRED HUMAN IMMUNODEFICIENCY (HIV) INFECTION

Sijil Perubatan Sulit - VIRUS KURANG DAYA TAHAN MANUSIA (HIV) DIJANGKITI MELALUI PEKERJAAN

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 <i>Nama</i>		Certificate Number <i>Nombor Sijil</i>	
Date of Birth <i>Tarikh Lahir</i>		Identity Card No <i>Nombor Kad Pengenalan</i>	

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 **OCCUPATIONAL ACQUIRED HUMAN IMMUNODEFICIENCY (HIV) INFECTION** 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 berkaitan dengan kesihatan beliau. Satu tuntutan berkaitan dengan VIRUS KURANG DAYA TAHAN MANUSIA (HIV) DIJANGKITI MELALUI PEKERJAAN 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	
<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/yyyy) <i>Tarikh perundingan pertama (hh/bb/tttt)</i></p> <p>b) Consultation dates (dd/mm/yyyy) <i>Tarikh perundingan (hh/bb/tttt)</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 were you first consulted for this condition and at that time, what were the symptoms and how long had symptoms been present? <i>Bilakah kali pertama anda ditemui untuk keadaan ini dan pada waktu itu, apakah tanda-tanda dan berapa lamakah simptom tersebut telah ada?</i></p>	
<p>4. What were the symptoms presented? <i>Apakah tanda-tanda yang mula ada?</i></p>	
<p>5. 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>6. 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>

SECTION A/BAHAGIAN A: General/Umum

7. 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>

8. Did the patient belong to any of the following group?
Adakah pesakit tergolong kepada mana-mana kumpulan yang di bawah ini?

- a) Homosexual or bisexual men
Lelaki yang cenderung pada kaum sejenisnya atau pada kedua-dua jantina.
- b) Intravenous drug users
Pengguna dadah melalui suntikan
- c) Haemophiliacs
Seseorang yang cenderung kepada pendarahan.
- d) Spouses and sexual partners of the above groups
Pasangan suami/isteri dan pasangan kelamin kepada kumpulan diatas.

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

9. Is there any clinical manifestation of HIV?
If yes, please provide details.
*Adakah terdapat tanda-tanda klinikal yang jelas akan HIV?
Jika ya, sila berikan butiran lanjut.*

--

10. 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 aduan</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	
1. Please provide full and exact diagnosis of the patient's condition. <i>Sila berikan diagnosis secara terperinci terhadap keadaan pesakit.</i>	
2. Diagnosis first made by: <i>Diagnosis pertama dilakukan oleh:</i>	
3. Date when the patient first become aware of the condition. <i>Tarikh bila pesakit mula-mula menyedari akan keadaan ini.</i>	
<p>4. Cause of infection due to occupationally acquired. <i>Punca jangkitan disebabkan oleh pekerjaan.</i></p> <p>a) Is the Person Covered a medical staff working in Malaysia? If Yes, please check the appropriate item. <i>Adakah orang yang dilindungi kakitangan perubatan yang bekerja di Malaysia?</i> <i>Jika Ya, sila tandakan item yang sesuai.</i></p> <p>b) Please state the Person Covered normal duties. <i>Sila nyatakan skop tugas rutin orang yang dilindungi</i></p> <p>c) Is the HIV infection acquired as a result of an accident occurring during the course of carrying out normal occupational duties? <i>Adakah jangkitan HIV diperolehi sebagai akibat dari kemalangan yang berlaku semasa menjalankan tugas pekerjaan yang normal?</i></p> <p>(i) Date of accident. <i>Tarikh insiden berlaku</i></p> <p>(ii) Place of accident <i>Tempat kemalangan</i></p> <p>(iii) How the accident happens <i>Bagaimana kemalangan berlaku</i></p> <p>d) Was there a HIV test carried out immediately after incident occurred? <i>Adakah Ujian HIV dijalankan secepat mungkin setelah insiden berlaku?</i></p> <p>(i) Was the test done within 7 days of accident happens? <i>Adakah ujian yang dilakukan dalam 7 hari kemalangan berlaku?</i></p> <p>(ii) Date of first HIV test taken <i>Tarikh pertama ujian HIV diambil</i></p> <p>(iii) Please state the HIV test result <i>Sila nyatakan keputusan ujian HIV</i></p> <p>e) Was the HIV infection as a result of sexual activity, blood transfusions or recreational intravenous drug use? <i>Adakah jangkitan HIV disebabkan oleh aktiviti seksual, pemindahan darah atau penggunaan ubat-ubatan intravena rekreasi?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> General Physician or Specialist <i>Doktor Umum atau Pakar</i></p> <p><input type="checkbox"/> Traditional and complementary medicine practitioner <i>Pengamal perubatan tradisional dan pelengkap</i></p> <p><input type="checkbox"/> Nurse/<i>Jururawat</i></p> <p><input type="checkbox"/> Paramedia/<i>Paramedik</i></p> <p><input type="checkbox"/> Laboratory Technician/<i>Juruteknik Makmal</i></p> <p><input type="checkbox"/> Dentist/<i>Doktor Gigi</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ambulance Worker/<i>Pekerja Ambulans</i></p> <p><input type="checkbox"/> Others, please state/<i>Lain-lain, sila nyatakan:</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Yes/<i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No/<i>Tidak</i></p> <p>_____ (DD/MM/YYYY)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Yes/<i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No/<i>Tidak</i></p> <p><input type="checkbox"/> Yes/<i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No/<i>Tidak</i></p> <p>_____ (DD/MM/YYYY)</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Yes/<i>Ya</i> <input type="checkbox"/> No/<i>Tidak</i></p>

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 aduan	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:-

Note: We would be grateful for copies of any relevant hospital reports available.

Note: 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 <i>Nama</i>	
Signature <i>Tandatangan</i>	
Professional qualification <i>Kelayakan profesional</i>	
Practice stamp and address <i>Cap perkhidmatan dan alamat</i>	