

## Confidential Medical Certificate - POLIOMYELITIS

### Sijil Perubatan Sulit - POLIOMIELITIS

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 **POLIOMYELITIS**, 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 **POLIOMIELITIS** 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 <i>Adakah anda perawat perubatan pesakit yang biasa? Jika ya, sila kemukakan semua perundingan perubatan</i>  a) 1st consultation (dd/mm/yyyy) <i>Tarikh perundingan pertama (hh/bb/tttt)</i>  b) Consultation dates (dd/mm/yyyy) <i>Tarikh perundingan (hh/bb/tttt)</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 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>	
4. On which date did the patient first become aware of the condition? <i>Bilakah (tarikh) pesakit pertama kali menyedari mengenai penyakitnya ini?</i>	
5. 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>	<input type="checkbox"/> Yes/Ya <input type="checkbox"/> No/Tidak

61601105

**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 paralysis of limbs?  
*Adakah terdapat apa-apa pada tabiat atau sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko kelumpuhan anggota?*

8. 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 &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.</i>			
2. Is there paralysis? <i>Adakah terdapat kelumpuhan?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>	
3. If Yes, please describe the extend of the paralysis: <i>Jika Ya, sila gambarkan tahap kelumpuhan:</i>			
	<b>Limb/Anggota</b>		<b>Muscle Power/Kekuatan Otot</b>
4. Was there impaired motor function or respiratory weakness? <i>Adakah gangguan fungsi motor atau pernafasan terganggu?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>	
5. If Yes, please provide details <i>Jika Ya, sila berikan perincian</i>			
6. What is the underlying cause of the paralysis? <i>Apakah penyebab utama kelumpuhan?</i>			
a. Polio Virus <i>Virus Polio</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>	If Yes, please provide laboratory evidence <i>Jika Ya, sila berikan bukti makmal</i>
b. Guillain-Barre Syndrome <i>Sindrom Guillain-Barre</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>	If Yes, please provide details <i>Jika Ya, sila berikan perincian</i>
c. Injury <i>Kecederaan</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>	If Yes, please provide details <i>Jika Ya, sila berikan perincian</i>
d. Others, to provide details <i>Yang lain, untuk memberikan perincian</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>	If Yes, please provide details <i>Jika Ya, sila berikan perincian</i>
7. Is the condition associated with any underlying causes or condition or related to any congenital condition? <i>Adakah keadaan ini berkaitan dengan sebarang sebab atau keadaan yang berkaitan dengan keadaan kongenital?</i>			
		<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>
8. If Yes, please provide details <i>Jika Ya, sila berikan perincian</i>			
9. What treatment had been and is currently being administered? <i>Apa rawatan yang sedang dijalankan?</i>			

**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 aduan	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:-*

**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.*

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