

Confidential Medical Certificate - PROGRESSIVE SCLERODERMA

Sijil Perubatan Sulit - SKLERODERMA PROGESIF

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 **PROGRESSIVE SCLERODERMA**, 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 **SKLERODERMA PROGRESIF** 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 pertama kali anda ditemui untuk keadaan ini dan pada waktu itu, apakah tanda-tanda dan berapa lamakah anda mengalami simptom tersebut?</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 related illness? <i>Adakah pesakit pernah mengalami keadaan seperti dia atas atau penyakit yang berkaitan sebelum ini?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/Ya <input type="checkbox"/> No/Tidak

61601108

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 Progressive Scleroderma?
Adakah terdapat apa-apa pada tabiat atau sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko Skleroderma Progresif?

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

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 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 details of the diagnosis. <i>Sila berikan butiran yang penuh dan lengkap berkenaan diagnosis.</i>			
2. Which form of scleroderma does the patient have? <i>Jenis Skleroderma yang mana yang dimiliki pesakit?</i>			
a. Localised Scleroderma <i>Skleroderma Setempat</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>	If Yes, please specify area. <i>Jika Ya, sila nyatakan Kawasan.</i>
b. Systemic Scleroderma <i>Skleroderma Sistemik</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>	If Yes, please specify area. <i>Jika Ya, sila nyatakan Kawasan.</i>
3. Does the condition fall within any of the following? <i>Adakah keadaan ini termasuk dalam perkara berikut?</i>			
a) Localised Scleroderma (Linear scleroderma or morphea) <i>Skleroderma Setemoat (Skleroderma linear atau morfea)</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>	
b) Eosoniphilic Fasciitis <i>Fasciitis Eosoniphilic</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>	
c) CREST Syndrome <i>Sindrom CREST</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>	
4. Please describe the extend of the illness. <i>Terangkan tahap penyakit ini.</i>			
a) Was the heart involved? <i>Adakah jantung terlibat?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>	
b) Were the lungs involved? <i>Adakah paru-paru terlibat?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>	
c) Were the kidneys involved? <i>Adakah buah pinggang terlibat?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>	
d) Skin? <i>Kulit?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>	
e) Blood Vessels? <i>Salur Darah?</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>	
f) Others, to specify <i>Yang lain, sila nyatakan</i>	<input type="checkbox"/> Yes/ <i>Ya</i>	<input type="checkbox"/> No/ <i>Tidak</i>	
5. Please provide results of all investigation performed and enclosed copies of reports. <i>Sila berikan hasil semua penyiasatan yang dilakukan dan Salinan laporan.</i>			
a) Serology/ <i>Serologi</i>			
b) Biopsy/ <i>Biopsi</i>			
c) Imagin/ <i>Pengimejan</i>			
d) Other Blood test/ <i>Ujian Darh Lain</i>			
6. Please provide details of treatment administered (eg: immunosuppressive agents, etc). <i>Sila berikan perincian rawatan yang diberikan (contoh: agen imunosupresif, dll)</i>			

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

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 <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>

8. 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:-

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:-

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>	