

Confidential Medical Certificate - SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS WITH SEVERE KIDNEY COMPLICATONS

Sijil Perubatan Sulit - LUPUS ERITEMATOSUS SISTEMIK DENGAN KOMPLIKASI BUAH PINGGANG YANG TERUK

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 **SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS WITH SEVERE KIDNEY COMPLICATIONS**, 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 **LUPUS ERITEMATOSUS SISTEMIK DENGAN KOMPLIKASI BUAH PINGGANG YANG TERUK** 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	
<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/yy) <i>Tarikh perundingan pertama (hh/bb/tt)</i></p> <p>b) Consultation dates (dd/mm/yy) <i>Tarikh perundingan hh/bb/tt</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 how long had symptoms been present? <i>Bilakah anda pertama kali ditemui untuk keadaan ini dan, sudah berapa lamakah tanda-tanda tersebut telah ada?</i></p>	
<p>4. On which date did the patient first become aware of the condition? <i>Bilakah (tarikh) pesakit pertama kali menyedari mengenai keadaan ini?</i></p>	
<p>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></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>

61601101

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 SLE?
Adakah terdapat apa-apa pada gaya hidup atau sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko SLE?

8. Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of SLE?
Adakah terdapat apa-apa dalam sejarah keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko SLE?

9. Does the patient smoke cigarettes? If yes, please provide details of the patient's habits in relation to smoking cigarettes (including daily consumption).
Adakah pesakit menghisap rokok? Jika ya, Sila berikan butir-butir tabiat-tabiat pesakit berkaitan dengan penghisapan rokok (termasuk pengambilan harian).

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 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	
1. Please provide full and exact details of the diagnosis. <i>Sila berikan butiran yang penuh dan tepat mengenai diagnosis.</i>	
2. Is the condition associated with any other underlying causes or condition; or related to any congenital condition? <i>Adakah keadaan ini berkaitan dengan sebarang sebab-sebab dasar atau keadaan atau berkaitan dengan sebarang keadaan sedia ada ketika dilahirkan?</i>	
3. Is the patient's condition categorized under the form of discoid lupus or those forms with only haematological and joint involvement? Please elaborate in details. <i>Adakah keadaan pesakit dikategorikan sebagai lupus discoid, ataupun hanya berkaitan dengan penglibatan hematologi dan sendi? Sila beri penerangan terperinci.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
4. What investigations or tests have been performed to verify the condition? <i>Apakah siasatan atau ujian yang telah dijalankan untuk mengesahkan kondisi ini?</i>	
5. Is there any renal impairment? <i>Adakah terdapat kerosakkan buah pinggang?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
6. If yes, what is the nature and extent of renal impairment? What is the stage of Lupus Nephritis being diagnosed? Please attach the renal biopsy result/report. <i>Jika ya, apakah sifat dan tahap kerosakkan buah pinggang? Apakah tahap Lupus Nephritis yang didiagnos? Sila sertakan salinan laporan biopsi buah pinggang.</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. Was there systemic involvement? If yes, please state in details the conditions involved. Please also include a copy of tests and investigations results. <i>Adakah sebarang penglibatan sistemik? Jika ya, sila nyatakan dengan terperinci. Sila sertakan salinan laporan ujian dan keputusan ujian.</i>	
9. 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>	

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

10. 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:-

11. 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	