

**Confidential Medical Certificate - END STAGE LIVER FAILURE**  
**Sijil Perubatan Sulit - KEGAGALAN HATI TAHAP AKHIR**

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 **END STAGE LIVER FAILURE**, 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 **KEGAGALAN HATI TAHAP AKHIR** 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, how long had symptoms been present? Bilakah anda pertama kali ditemui untuk keadaan ini dan pada ketika itu sudah berapa lamakah tanda-tanda tersebut telah ada?	
4. What were the symptoms presented? Apakah tanda-tanda yang ditunjukkan?	
5. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any possible related illness? Adakah pesakit sebelum ini mengalami keadaan seperti yang diatas atau penyakit yang berkaitan?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

**61601030**

**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 this illness?  
*Adakah terdapat apa-apa tabiat atau sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko penyakit ini?*

8. Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of this illness?  
*Adakah apa-apa dalam sejarah keluarga pesakit yang mungkin meningkatkan risiko penyakit ini?*

9. On which date did the patient first become aware of the condition?  
*Bilakah (tarikh) pesakit pertama kali menyedari mengenai penyakitnya ini?*

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 &amp; No. Tel Doktor</i>

SECTION B / BAHAGIAN B : MEDICAL DETAILS / BUTIR-BUTIR PERUBATAN									
1. Please provide full and exact details of the diagnosis including any tests or investigations performed. <i>Sila berikan butiran penuh penyakit yang disahkan termasuk jenis (jenis-jenis) virus yang terbabit dan tepat diagnosis penyakit termasuk apa-apa ujian atau penyiasatan yang dilakukan.</i>									
2. Date of diagnosis. <i>Tarikh diagnosis penyakit.</i>									
3. Diagnosis was first made by; <i>Pengesahan mula-mula dibuat oleh;</i>									
4. Did the patient at any time prior to final diagnosis consult you for unexplained fever, altered mental state, abdominal pain or vomiting? Please provide details. <i>Adakah pesakit pada bila-bila masa sebelum pengesahan penyakit ini berjumpa anda untuk demam yang tidak jelas sebabnya, keadaan mental yang berubah, sakit perut atau muntah? Sila berikan butiran.</i>									
5. Please comment on the following/ <i>Sila berikan ulasan untuk yang berikut:</i> <p>a) How long has the patient been affected by jaundice?  <i>Sudah berapa lamakah pesakit terjejas oleh demam kuning?</i></p> <p>b) Is the patient's jaundice permanent?  <i>Adakah demam kuning pesakit kekal?</i></p>									
6. When was ascites first discovered? Was there confirmation by paracentesis and/or ultrasound? <i>Bilakah ascites mula-mula dikesan? Adakah pengesahan melalui paracentesis dan/atau ultrasound?</i>									
7. Does the patient have a history of prolonged or excessive alcohol intake, drug intake, drug addiction or misuse? Please provide details. <i>Adakah pesakit mempunyai sejarah pengambilan alkohol yang berlanjutan atau berlebihan, pengambilan dadah, ketagihan dadah atau penyalahgunaan? Sila berikan butir-butir.</i>									
8. Please provide full details or serial liver function tests (including Gamma GT and Bilirubin levels) and attach copies of all relevant laboratory reports. <i>Sila berikan butir-butir lengkap atau ujian fungsi hati bersiri (termasuk peringkat Gamma GT dan Bilirubin) dan lampirkan salinan semua laporan makmal berkenaan.</i>									
9. Is the End stage Liver failure confirmed by; <i>Adakah kegagalan hati tahap akhir dibuktikan oleh;</i> <p>a) Permanent jaundice  <i>Jaundis kekal</i></p> <p>b) Ascites (excessive fluid in peritoneal cavity)  <i>Asites (lebih cecair dalam kaviti)</i></p> <p>c) Hepatic encephalopathy  <i>Ensefalopati hepatic.</i></p> <p>d) Portal Hypertension  <i>Hipertensi Portal</i></p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Yes / Ya</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> No / Tidak</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Yes / Ya</td> <td><input type="checkbox"/> No / Tidak</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Yes / Ya</td> <td><input type="checkbox"/> No / Tidak</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Yes / Ya</td> <td><input type="checkbox"/> No / Tidak</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak	<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak
<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak								
<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak								
<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak								
<input type="checkbox"/> Yes / Ya	<input type="checkbox"/> No / Tidak								

**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 <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>

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