

Confidential Medical Certificate - END STAGE LUNG DISEASE
Sijil Perubatan Sulit - PENYAKIT PARU-PARU 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

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 **END STAGE LUNG DISEASE**, 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 **PENYAKIT PARU-PARU TAHAP AKHIR** 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	
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. On which date did the patient first become aware of the condition? Bilakah (tarikh) pesakit pertama kali menyedari mengenai penyakitnya ini?	
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

61601031

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. Please give details of the patient's habits in relation to smoking.
Sila berikan butir-butir tabiat merokok pesakit.

8. Has the patient ever exposed to any other substance that is likely to increase the risk of lung disease regardless of his/her occupation? If yes, please give details.
Adakah pesakit pernah terdedah kepada lain-lain bahan yang mungkin meningkatkan risiko penyakit paru-paru walau apa pun jenis pekerjaannya? Jika ya, sila berikan butiran.

9. Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of lung disease?
Adakah apa-apa dalam sejarah keluarga pesakit yang mungkin meningkatkan risiko penyakit paru-paru?

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

<p>1. Please provide full and exact details of the diagnosis. <i>Sila berikan butiran penuh dan tepat diagnosis penyakit yang disahkan.</i></p>									
<p>2. Please advise the frequency and severity of symptoms, and comment how this restricts daily activities. <i>Sila berikan kekerapan dan keterukkan tanda-tanda dan ulasan bagaimana ini membataskan aktiviti harian.</i></p>									
<p>3. Is the diagnosis falling within any of the following conditions? <i>Adakah diagnosis tergolong dalam keadaan di bawah?</i></p> <p>a) The need for regular oxygen treatment on a permanent basis/ <i>Keperluan rawatan oksigen berkala secara kekal.</i></p> <p>b) Permanent impairment of lung function with a consistent Forced Expiratory Volume (FEV) of less than 1 liter during the first second/ <i>Gangguan kekal pada fungsi paru-paru dengan Isi padu Ekspirasi Paksa (FEV) yang konsisten kurang daripada satu (1) liter pada saat pertama.</i></p> <p>c) Shortness of breath at rest/ <i>Sesak nafas dalam keadaan rehat.</i></p> <p>d) Baseline Arterial Blood Gas analysis with partial oxygen pressures of 55mmHg or less/ <i>Analisa asas Gas Darah Arteri dengan tekanan oksigen separa sebanyak 55mmHg atau kurang.</i></p>	<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="text-align:right;"><input type="checkbox"/> Yes / Ya</td> <td style="text-align:right;"><input type="checkbox"/> No / Tidak</td> </tr> <tr> <td style="text-align:right;"><input type="checkbox"/> Yes / Ya</td> <td style="text-align:right;"><input type="checkbox"/> No / Tidak</td> </tr> <tr> <td style="text-align:right;"><input type="checkbox"/> Yes / Ya</td> <td style="text-align:right;"><input type="checkbox"/> No / Tidak</td> </tr> <tr> <td style="text-align:right;"><input type="checkbox"/> Yes / Ya</td> <td style="text-align:right;"><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								
<p>4. Please provide details of all investigations carried out, particularly pulmonary function tests, including dates and results. Please include current FEV1 and vital capacity readings. <i>Sila berikan butir-butir semua penyiasatan yang dilakukan, terutama ujian fungsi pulmonary termasuk tarikh dan keputusan. Sila sertakan bacaan FEV1 dan kapasiti penting yang terkini.</i></p>									
<p>5. What treatment is currently being administered? <i>Apakah rawatan yang kini dikendalikan?</i></p>									
<p>6. If oxygen therapy is necessitated, please advise how frequently and where this is administered? <i>Jika terapi oksigen adalah diperlukan, sila beritahu kekerapannya dan di mana ia dikendalikan?</i></p>									

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 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

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:-

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	