

Confidential Medical Certificate - CHRONIC APLASTIC ANEMIA
Sijil Perubatan Sulit - ANEMIA APLASTIK KRONIK

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 **CHRONIC APLASTIC ANEMIA**, 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 **ANEMIA APLASTIK KRONIK** 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 you were first consulted for this disease and at that time, how long had the symptoms been present? Bilakah anda pertama kali ditemui untuk keadaan ini dan pada ketika itu sudah berapa lamakah tanda-tanda tersebut telah ada?	
4. Please provide details of the date and nature of the onset of symptoms. Sila berikan butir-butir tarikh dan sifat bermulanya tanda-tanda.	
5. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any possible related illness? Adakah pesakit sebelum ini mengalami keadaan seperti yang di atas atau penyakit yang berkaitan?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

61601023

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. On which date did the patient first become aware of the condition?
Bilakah tarikh pesakit pertama kali menyedari menyedari akan keadaan ini?

8. Is there anything in the patient's habits or personal medical history which would have increased the risk of aplastic anaemia?
Adakah apa-apa pada tabiat atau sejarah perubatan pesakit yang mungkin meningkatkan risiko penyakit aplastik anemia?

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 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 diagnosis of the patient's condition <i>Sila berikan secara terperinci diagnosis terhadap keadaan pesakit.</i>			
2. Please state the likely cause of this condition, if known. <i>Sila nyatakan sebab-sebab yang mungkin menyebabkan keadaan ini, jika diketahui.</i>			
3. Was Bone Marrow biopsy and other tests done to verify the diagnosis? Please provide bone marrow biopsy results & results of other tests. <i>Adakah biopsi sumsum tulang dan ujian-ujian telah dilakukan untuk mengesahkan diagnosis penyakit? Sila berikan butir-butir penuh ujian dan keputusannya.</i>			
4. What treatment(s) is currently being administered? <i>Apakah rawatan yang kini dikendalikan?</i>			
a) Regular blood product transfusion/ <i>Transfusi produk darah berkala</i>	<input type="checkbox"/>		
b) Marrow stimulating agents/ <i>Agen perangsang sumsum</i>	<input type="checkbox"/>		
c) Immunosuppressive agents/ <i>Agen immunosupresif</i>	<input type="checkbox"/>		
d) Bone marrow transplantation/ <i>Transplan sumsum tulang</i>	<input type="checkbox"/>		
5. Please provide details of treatment administered above. <i>Sila berikan butiran mengenai rawatan yang dilaksanakan di atas.</i>			
6. Is this condition in any way attributable to HIV infection or AIDS? If yes, please give full details. <i>Adakah keadaan ini dalam mana-mana cara disebabkan oleh jangkitan HIV atau AIDS? Jika ya, sila berikan butir-butir.</i>	<input type="checkbox"/>	Yes / Ya	<input type="checkbox"/>
			No / Tidak
7. Please give names and addresses of all consultants, specialists or hospitals to which patient has been referred to or attended for this condition. <i>Sila berikan nama dan alamat semua pakar runding, pakar atau hospital di mana pesakit telah dirujuk untuk keadaan ini.</i>			
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	