

Confidential Medical Certificate - CORONARY ARTERY BY-PASS SURGERY
Sijil Perubatan Sulit-PEMBEDAHAN PINTASAN ARTERI KORONARI

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 **CORONARY ARTERY BY-PASS SURGERY**, 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 **PEMBEDAHAN PINTASAN ARTERI KORONARI** 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 Adakah anda perawat perubatan pesakit yang biasa? Jika ya, sila kemukakan semua perundingan perubatan</p> <p>a) 1st consultation (dd/mm/yy) Tarikh perundingan pertama (hh/bb/tt)</p> <p>b) Consultation dates (dd/mm/yy) Tarikh perundingan hh/bb/tt)</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. Adakah pesakit ini dirujuk oleh doktor lain? Jika ya sila beri butiran.</p>	
<p>3. When you were first consulted for this disease and at that time, what were the symptoms and how long had the symptoms been present? Bilakah anda pertama kali dilawati untuk penyakit ini dan pada waktu itu, apakah tanda-tanda penyakit dan sudah berapa lamakah terdapat tanda-tanda tersebut?</p>	
<p>4. Has the patient previously suffered from above condition or any other related illness? e.g. hypertension, angina or other vascular disease. Adakah pesakit pernah mengalami keadaan seperti di atas atau penyakit yang berkaitan? Contohnya tekanan darah tinggi, angina atau penyakit vaskular lain.</p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>

SECTION A / BAHAGIAN A : General / Umum

5. 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>

6. On which date did the patient first become aware of the conditions?
Sila berikan tarikh pesakit pertama kali sedar akan kondisinya?

--

7. Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of coronary artery disease?
Adakah ada apa-apa pada sejarah keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko penyakit koronari arteri?

--

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

--

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									
<p>1. Please describe the full and exact diagnosis of the heart disease leading to surgery. <i>Sila nyatakan secara penuh dan tepat diagnosa penyakit jantung hingga menyebabkan pembedahan.</i></p>									
<p>2. What type of surgery has been performed and when? <i>Apakah jenis pembedahan yang telah dijalankan dan bila?</i></p>									
<p>3. If a coronary artery by pass grafting surgery has been performed: <i>Jika pembedahan pintasan telah dijalankan:</i></p> <p>a) Please state the number and sites of grafts/ <i>sila nyatakan bilangan dan lokasi graf</i></p> <p>b) Was it done via open chest surgery? / <i>Adakah ia dilakukan melalui pembedahan bukaan dada?</i></p>									
<p>4. Did the procedure performed involves the following? <i>Adakah prosedur yang dijalankan seperti berikut?</i></p> <p>a) Angioplasty <i>Angioplasti</i></p> <p>b) Other intra -arterial or catheter based techniques <i>Teknik intra arteri yang lain atau teknik berdasarkan kateter</i></p> <p>c) Keyhole procedures <i>Prosedur lubang kunci (keyhole)</i></p> <p>d) Laser procedures <i>Prosedur laser</i></p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes / Ya</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No / Tidak</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes / Ya</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No / Tidak</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes / Ya</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> No / Tidak</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> Yes / Ya</td> <td style="text-align: center;"><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>5. Please provide the address of the hospital where the operation took place and also the name of the surgeon. <i>Sila berikan alamat hospital dan pakar bedah yang menjalankan pembedahan.</i></p>									
<p>6. 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></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr style="background-color: #cccccc;"> <th style="width: 15%; text-align: center; padding: 5px;">Date <i>Tarikh</i></th> <th style="width: 30%; text-align: center; padding: 5px;">Nature of complaints <i>Sifat-sifat penyakit</i></th> <th style="width: 30%; text-align: center; padding: 5px;">Name of doctor <i>Nama doktor</i></th> <th style="width: 25%; text-align: center; padding: 5px;">Address & Tel. no of doctor <i>Alamat & No. Tel Doktor</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 150px;"></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		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>				
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

7. 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:-

8. 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	