

**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 <i>Adakah anda perawat perubatan pesakit yang biasa? Jika ya, sila kemukakan semua perundingan perubatan</i>  a) 1st consultation (dd/mm/yy) <i>Tarikh perundingan pertama (hh/bb/tt)</i>  b) Consultation dates (dd/mm/yy) <i>Tarikh perundingan hh/bb/tt</i>	<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. <i>Adakah pesakit ini dirujuk oleh doktor lain? Jika ya sila beri butiran.</i>	
3. When were you first consulted for this condition and at that time, how long had symptoms been present? <i>Bilakah anda pertama kali ditemui untuk keadaan ini dan pada ketika itu sudah berapa lamakah tanda-tanda tersebut telah ada?</i>	
4. What were the symptoms presented? <i>Apakah tanda-tanda yang ditunjukkan?</i>	
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 diatas atau penyakit yang berkaitan?</i>	<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									
<p>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></p>									
<p>2. Date of diagnosis. <i>Tarikh diagnosis penyakit.</i></p>									
<p>3. Diagnosis was first made by; <i>Pengesahan mula-mula dibuat oleh;</i></p>									
<p>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></p>									
<p>5. Please comment on the following/ <i>Sila berikan ulasan untuk yang berikut:</i></p> <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>									
<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></p>									
<p>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></p>									
<p>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></p>									
<p>9. Is the End stage Liver failure confirmed by; <i>Adakah kegagalan hati tahap akhir dibuktikan oleh;</i></p> <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.*

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