

**Confidential Medical Certificate - MAJOR HEAD TRAUMA**  
**Sijil Perubatan Sulit - TRAUMA KEPALA MAJOR**

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 **MAJOR HEAD TARUMA**, 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 **TRAUMA KEPALA MAJOR** 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 waktu itu, sudah berapa amakah tanda-tanda tersebut telah ada?	
4. What was the date of the injury? Bilakah tarikh kecederaan?	
5. Please give details of the circumstances leading to the injury. Sila berikan butir-butir keadaan yang membawa kepada kecederaan.	
6. Was there any reason to suspect that there were contributory circumstances which led to the injury e.g under the influence of alcohol, fits or others? Adakah sebab-sebab untuk mengesyaki bahawa terdapat keadaan-keadaan yang menyumbang kepada kecederaan contohnya di bawah pengaruh alkohol, sawan dan lain-lain?	
7. Had the patient previously suffered from any injury related to present condition? Adakah pesakit sebelum ini mengalami sebarang kecederaan yang dinyatakan di atas?	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

**61601043**

**SECTION A / BAHAGIAN A : General / Umum**

8. 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>

9. Is there anything in the patient’s habit or personal medical history which would have increased the risk of Major head trauma?  
*Adakah terdapat apa-apa pada tabiat atau sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko trauma kepala major?*

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**

- Please provide exact nature of the brain injury. (A copy of MRI or CT scan would be appreciated)  
*Sila nyatakan dengan tepat sifat kecederaan otak. (Satu salinan imbasan MRI atau CAT adalah dihargai)*
- Please provide details of the permanent functional impairment and how long the impairment has lasted, from the date of trauma or injury.  
*Sila berikan butir-butir kecacatan kekal fungsi dan berapa lama kecacatan ini telah berlanjutan dari tarikh trauma atau kecederaan.*
- Is there a possibility that the impairment could regress in the future?  
*Adakah kemungkinan kecacatan ini berkurangan di masa hadapan?*
- What treatment has been and is currently being administered?  
*Apakah rawatan yang diberi dan kini diuruskan?*
- Has the patient refused any form of medical treatment e.g surgery may have prevented or reduced the severity of impairment.  
*Adakah pesakit menolak sebarang bentuk rawatan perubatan, contohnya pembedahan yang mungkin boleh menghalang atau mengurangkan keterukan kecacatan?*

**SECTION B / BAHAGIAN B : MEDICAL DETAILS / BUTIR-BUTIR PERUBATAN**

6. 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 Tarikh	Nature of complaints Sifat-sifat penyakit	Name of doctor Nama doktor	Address & Tel. no of doctor Alamat & No. Tel Doktor

7. Please provide us patient’s physical and clinical condition on subsequent and last consultation.

*Sila berikan keadaan fizikal dan klinikal pesakit pada semua rundingan berikutan dan rundingan yang terakhir.*

Date of Consultation Tarikh Rundingan	Physical & Clinical Condition Keadaan Fizikal & Klinikal

8. Kindly describe in detail the disability suffered by the patient that has rendered him permanently disabled when he was last seen by you.

*Sila nyatakan dengan terperinci ketidak upayaan yang dialami oleh pesakit yang telah menjadikannya berketidakupayaan kekal pada kali terakhir pesakit menemui anda.*

9. Please comment on patient’s ability to perform the following Activities of Daily Living (ADL) as of the patient’s last consultation with you, based on the Rating Guide below;

*Sila berikan ulasan di atas keupayaan pesakit untuk melakukan Aktiviti-aktiviti Harian Kehidupan (AHK) yang berikut berdasarkan kadar panduan di bawah;*

**Rating Guide / Kadar Panduan:**

<b>Score 1</b> <b>Markah 1</b>	Able without assistance, i.e. no help is needed <i>Boleh tanpa bantuan, iaitu tiada bantuan diperlukan</i>
<b>Score 2</b> <b>Markah 2</b>	Occasional help, i.e. need help less than 50% of the time <i>Bantuan dari masa ke masa, iaitu memerlukan bantuan kurang 50% dari masa</i>
<b>Score 3</b> <b>Markah 3</b>	More often than not, i.e. need help about 50-75% of the time <i>Lebih kerap dari tidak, iaitu memerlukan bantuan lebih kurang 50 -75% dari masa</i>
<b>Score 4</b> <b>Markah 4</b>	Most of the time, i.e. need help 75-90% of the time <i>Kebanyakan masa, iaitu memerlukan bantuan 75-90% dari masa</i>
<b>Score 5</b> <b>Markah 5</b>	Almost always/always, i.e. need help all the time or totally unable <i>Selalu/ Hampir selalu, iaitu memerlukan bantuan setiap masa atau tiada upaya sepenuhnya</i>

Under the rating guide, please **CIRCLE THE SCORE** against each of the ADLs, which best describe the level of assistance the patient requires. We understand that for some people, ability to manage ADLs may vary from day to day and within the day. Therefore, the answers should indicate the level of assistance the patient requires on a typical day.

*Dengan menggunakan kadar panduan, sila **BULATKAN MARKAH** di setiap AHK, yang mana paling tepat menggambarkan tahap bantuan yang diperlukan oleh pesakit. Kami faham bahawa untuk sesetengah orang, keupayaan untuk mengendalikan AHK mungkin berbeza dari hari ke hari dan dalam sehari. Oleh demikian, jawapan seharusnya merujuk kepada tahap bantuan yang diperlukan oleh pesakit pada hari yang biasa.*

- a) **Transfer** - Getting in and out of a chair without requiring physical assistance.  
**Pengalihan** - Duduk atau bangun dari kerusi tanpa memerlukan bantuan fizikal.

<b>Score Markah</b>	1	2	3	4	5
-------------------------	---	---	---	---	---

Please describe any difficulties the patient has or any practical support or assistance the patient receives.  
*Sila nyatakan sebarang kesulitan yang dihadapi pesakit atau sebarang sokongan amali atau bantuan yang diterima oleh pesakit.*

---



---

Please tell us if the patient is using any special or adapted equipment to help in transferring.  
*Sila beritahu kami jika pesakit menggunakan sebarang peralatan istimewa atau yang disesuaikan untuk membantu dalam pengalihan.*

---



---

From what date did the patient need assistance (if applicable) with this activity?  
*Sejak tarikh mana pesakit memerlukan bantuan (jika terpakai) dengan aktiviti ini?*

---



---

- b) **Mobility** - The ability to move from room to room without requiring any physical assistance.  
**Pergerakan** - Keupayan untuk berjalan dari bilik ke bilik tanpa memerlukan sebarang bantuan fizikal

<b>Score Markah</b>	1	2	3	4	5
-------------------------	---	---	---	---	---

Please describe any difficulties the patient has or any practical support or assistance the patient receives.  
*Sila nyatakan sebarang kesulitan yang dihadapi pesakit atau sebarang sokongan amali atau bantuan yang diterima oleh pesakit.*

---



---

Please tell us if the patient is using any equipment to help in getting around from room to room.  
*Sila beritahu kami jika pesakit menggunakan sebarang peralatan untuk bantuan pergerakan dari bilik ke bilik.*

---



---

From what date did the patient need assistance (if applicable) with this activity?  
*Sejak tarikh mana pesakit memerlukan bantuan (jika terpakai) dengan aktiviti ini?*

---



---

- c) **Continence** - The ability to voluntarily control bowel and bladder functions such as to maintain a satisfactory level of personal hygiene.  
**Pengawalan** - Keupayaan untuk secara sukarela mengawal fungsi pembuangan air kencing atau najis sepertimana untuk menyelenggarakan kebersihan diri yang memuaskan.

<b>Score Markah</b>	1	2	3	4	5
-------------------------	---	---	---	---	---

Please describe any difficulties the patient has or any practical support or assistance the patient receives.  
*Sila nyatakan sebarang kesulitan yang dihadapi pesakit atau sebarang sokongan amali atau bantuan yang diterima oleh pesakit.*

---



---

Please tell us if the patient is using any equipment or protective garments due to difficulties with managing continence.  
*Sila beritahu kami jika pesakit menggunakan sebarang peralatan atau pakaian perlindungan disebabkan oleh kesusahan dalam menguruskan pengawalan diri.*

---



---

From what date did the patient need assistance (if applicable) with this activity?  
*Sejak tarikh mana pesakit memerlukan bantuan (jika terpakai) dengan aktiviti ini?*

---



---

- d) **Dressing** - Putting on and taking off all necessary items of clothing without requiring assistance of another person.  
**Berpakaian** - Mengenakan atau menanggalkan kesemua pakaian yang perlu tanpa memerlukan bantuan orang lain.

<b>Score Markah</b>	1	2	3	4	5
-------------------------	---	---	---	---	---

Please describe any difficulties the patient has or any practical support or assistance the patient receives.  
*Sila nyatakan sebarang kesulitan yang dihadapi pesakit atau sebarang sokongan amali atau bantuan yang diterima oleh pesakit.*

---



---

Please tell us if the patient is using any equipment or special clothing to help with dressing.  
*Sila beritahu kami jika pesakit menggunakan sebarang peralatan atau pakaian perlindungan disebabkan oleh kesusahan dalam menguruskan pengawalan diri.*

---



---

From what date did the patient need assistance (if applicable) with this activity?  
*Sejak tarikh mana pesakit memerlukan bantuan (jika terpakai) dengan aktiviti ini?*

---



---

e) **Bathing / Washing-** The ability to wash in the bath or shower (including getting in or out of the bath or shower) or wash by any other means.

**Mandi / Membasuh** - Keupayaan untuk membersihkan diri atau mandi (termasuk masuk kedalam atau keluar dari bilik air atau bilik mandi) atau membersihkan diri dengan sebarang cara lain.

<b>Score Markah</b>	1	2	3	4	5
-------------------------	---	---	---	---	---

Please describe any difficulties the patient has or any practical support or assistance the patient receives.

*Sila nyatakan sebarang kesulitan yang dihadapi pesakit atau sebarang sokongan amali atau bantuan yang diterima oleh pesakit.*

Please tell us if the patient is using any equipment to help with the washing and/ or getting in and out of the bath.

*Sila beritahu kami jika pesakit menggunakan sebarang peralatan bantuan untuk mencuci dan/atau masuk kedalam atau keluar dari bilik mandi.*

From what date did the patient need assistance (if applicable) with this activity?

*Sejak tarikh mana pesakit memerlukan bantuan (jika terpakai) dengan aktiviti ini?*

f) **Eating** - All tasks of getting food into the body once it has been prepared and made available any other means.

**Makan** - Kesemua usaha memasukkan makanan ke dalam anggota setelah ianya disediakan.

<b>Score Markah</b>	1	2	3	4	5
-------------------------	---	---	---	---	---

Please describe any difficulties the patient has or any practical support or assistance the patient receives.

*Sila nyatakan sebarang kesulitan yang dihadapi pesakit atau sebarang sokongan amali atau bantuan yang diterima oleh pesakit.*

Please tell us if the patient is using any equipment to help with feeding.

*Sila beritahu kami jika pesakit menggunakan sebarang peralatan bantuan untuk makan.*

From what date did the patient need assistance (if applicable) with this activity?

*Sejak tarikh mana pesakit memerlukan bantuan (jika terpakai) dengan aktiviti ini?*

10. 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>	