

Confidential Medical Certificate - STROKE
Sijil Perubatan Sulit - ANGIN AHMAR

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 **STROKE**, 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 **ANGIN AHMAR** 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 <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 mengenai keadaan ini, dan pada waktu itu, sudah berapa lamakah terdapat tanda-tanda tersebut?</i>	
4. Has the patient previously suffered from the condition specified above or any related illness? Eg. Hypertension, Transient Ischaemic attack, Angina or other Vascular disease. <i>Adakah pesakit sebelum ini menderita keadaan seperti yang tersebut di atas atau penyakit yang berkaitan? Contohnya tekanan darah tinggi, serangan Iskaemik yang sesekejap, Angina atau penyakit Vaskular yang lain.</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak

61601053

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 illness?
Bilakah (tarikh) pesakit pertama kali menyedari mengenai penyakitnya?

7. Is there anything in the patient's personal medical history that would have increased the risk of stroke?
Adakah terdapat rekod pada sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko angin ahmar?

8. Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of stroke?
Adakah terdapat rekod pada sejarah keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko angin ahmar?

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

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																						
1. Please provide full and exact details of the diagnosis. <i>Sila berikan butiran yang penuh dan lengkap berkenaan diagnosis.</i>																						
2. Is the diagnosis based on changes seen in a CT scan or MRI Imaging? <i>Adakah diagnosis dibuat berdasarkan perubahan nyata yang dilihat dalam imbasan CT atau MRI?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak																					
3. Is the diagnosis falling within any of the following conditions? <i>Adakah diagnosis jatuh ke dalam mana-mana keadaan di bawah?</i>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 45%;">Yes / Ya</th> <th style="width: 45%;">No / Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>a) Transient Ischaemic Attack/ <i>Serangan Iskemia sementara</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>b) Cerebral symptoms due to migraine / <i>Simptom serebral yang disebabkan oleh migrain</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>c) Traumatic injury to brain tissue or blood vessels / <i>Kecederaan traumatik pada tisu otak atau salur-salur darah.</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>d) Vascular disease affecting the eye or optic nerve or vestibular functions / <i>Penyakit vaskular yang memberi kesan terhadap mata atau saraf optik atau fungsi-fungsi vestibular.</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>e) Any reversible ischaemic neurological deficit / <i>sebarang kepincangan iskemik neurologikal boleh sembuh</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>f) Vertebrobasilar ischaemia / <i>iskemik vertebrobasilar</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Yes / Ya	No / Tidak	a) Transient Ischaemic Attack/ <i>Serangan Iskemia sementara</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	b) Cerebral symptoms due to migraine / <i>Simptom serebral yang disebabkan oleh migrain</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	c) Traumatic injury to brain tissue or blood vessels / <i>Kecederaan traumatik pada tisu otak atau salur-salur darah.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	d) Vascular disease affecting the eye or optic nerve or vestibular functions / <i>Penyakit vaskular yang memberi kesan terhadap mata atau saraf optik atau fungsi-fungsi vestibular.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	e) Any reversible ischaemic neurological deficit / <i>sebarang kepincangan iskemik neurologikal boleh sembuh</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	f) Vertebrobasilar ischaemia / <i>iskemik vertebrobasilar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Yes / Ya	No / Tidak																				
a) Transient Ischaemic Attack/ <i>Serangan Iskemia sementara</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
b) Cerebral symptoms due to migraine / <i>Simptom serebral yang disebabkan oleh migrain</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
c) Traumatic injury to brain tissue or blood vessels / <i>Kecederaan traumatik pada tisu otak atau salur-salur darah.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
d) Vascular disease affecting the eye or optic nerve or vestibular functions / <i>Penyakit vaskular yang memberi kesan terhadap mata atau saraf optik atau fungsi-fungsi vestibular.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
e) Any reversible ischaemic neurological deficit / <i>sebarang kepincangan iskemik neurologikal boleh sembuh</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
f) Vertebrobasilar ischaemia / <i>iskemik vertebrobasilar</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
4. Please describe the initial episode and the date:- <i>Sila terangkan peristiwa awal dan tarikhnya:-</i>																						
5. Duration of acute symptoms. <i>Tempoh tanda-tanda yang akut.</i>																						
6. Date of return to normal activities and/or the patient's limitations (physical and mental). <i>Tarikh kembali kepada aktiviti biasa dan/atau had keupayaan pesakit sekarang (fizikal dan mental).</i>																						
7. Please comment on the neurological sequelae and how long it has lasted. <i>Sila beri sekele neurologi dan tempoh masa ia berlanjutan.</i>																						
8. Are these sequelae permanent? <i>Adakah sekele ini kekal?</i>																						
9. Has there been death of brain tissue due to inadequate blood supply, bleeding within the skull or embolization from an extra cranial source? <i>Adakah terdapat kematian tisu otak akibat bekalan darah yang tidak cukup, pendarahan dalam tengkorak atau embolisasi dari satu sumber selain dari kranium?</i>																						

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

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