

**Confidential Medical Certificate - SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS WITH SEVERE KIDNEY COMPLICATONS**

**Sijil Perubatan Sulit - LUPUS ERITEMATOSUS SISTEMIK DENGAN KOMPLIKASI BUAH PINGGANG YANG TERUK**

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 **SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS WITH SEVERE KIDNEY COMPLICATIONS**, 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 **LUPUS ERITEMATOSUS SISTEMIK DENGAN KOMPLIKASI BUAH PINGGANG YANG TERUK** 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>	
<p>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></p> <p>a) 1st consultation (dd/mm/yy) <i>Tarikh perundingan pertama (hh/bb/tt)</i></p> <p>b) Consultation dates (dd/mm/yy) <i>Tarikh perundingan hh/bb/tt</i></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. <i>Adakah pesakit ini dirujuk oleh doktor lain? Jika ya sila beri butiran.</i></p>	
<p>3. When were you first consulted for this condition and how long had symptoms been present? <i>Bilakah anda pertama kali ditemui untuk keadaan ini dan, sudah berapa lamakah tanda-tanda tersebut telah ada?</i></p>	
<p>4. On which date did the patient first become aware of the condition? <i>Bilakah (tarikh) pesakit pertama kali menyedari mengenai keadaan ini?</i></p>	
<p>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 di atas atau penyakit yang berkaitan?</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Yes / Ya                      <input type="checkbox"/> No / Tidak</p>

**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 SLE?  
*Adakah terdapat apa-apa pada gaya hidup atau sejarah perubatan peribadi pesakit yang boleh meningkatkan risiko SLE?*

8. Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of SLE?  
*Adakah terdapat apa-apa dalam sejarah keluarga pesakit yang boleh meningkatkan risiko SLE?*

9. Does the patient smoke cigarettes? If yes, please provide details of the patient's habits in relation to smoking cigarettes (including daily consumption).  
*Adakah pesakit menghisap rokok? Jika ya, Sila berikan butir-butir tabiat-tabiat pesakit berkaitan dengan penghisapan rokok (termasuk pengambilan harian).*

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. <i>Sila berikan butiran yang penuh dan tepat mengenai diagnosis.</i></p>	
<p>2. Is the condition associated with any other underlying causes or condition; or related to any congenital condition? <i>Adakah keadaan ini berkaitan dengan sebarang sebab-sebab dasar atau keadaan atau berkaitan dengan sebarang keadaan sedia ada ketika dilahirkan?</i></p>	
<p>3. Is the patient's condition categorized under the form of discoid lupus or those forms with only haematological and joint involvement? Please elaborate in details. <i>Adakah keadaan pesakit dikategorikan sebagai lupus discoid, ataupun hanya berkaitan dengan penglibatan hematologi dan sendi? Sila beri penerangan terperinci.</i></p>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
<p>4. What investigations or tests have been performed to verify the condition? <i>Apakah siasatan atau ujian yang telah dijalankan untuk mengesahkan kondisi ini?</i></p>	
<p>5. Is there any renal impairment? <i>Adakah terdapat kerosakkan buah pinggang?</i></p>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
<p>6. If yes, what is the nature and extent of renal impairment? What is the stage of Lupus Nephritis being diagnosed? Please attach the renal biopsy result/report. <i>Jika ya, apakah sifat dan tahap kerosakkan buah pinggang? Apakah tahap Lupus Nephritis yang didiagnos? Sila sertakan salinan laporan biopsi buah pinggang.</i></p>	
<p>7. Please provide details with dates of current medication and treatment. <i>Sila berikan butir-butir dengan tarikh-tarikh perubatan dan rawatan.</i></p>	
<p>8. Was there systemic involvement? If yes, please state in details the conditions involved. Please also include a copy of tests and investigations results. <i>Adakah sebarang penglibatan sistemik? Jika ya, sila nyatakan dengan terperinci. Sila sertakan salinan laporan ujian dan keputusan ujian.</i></p>	
<p>9. Is the patient HIV (Human Immunodeficiency Virus) positive? If so, please provide details including the date of diagnosis? <i>Adakah pesakit seorang yang positif HIV (Virus Kurang Daya Tahan Penyakit )? Jika ya, sila berikan butir-butir termasuk tarikh diagnosis.</i></p>	

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

10. 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:-*

11. 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.*

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