



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT

The below named is insured with us against the happening of a certain contingent event associated with his/her health. A claim has been submitted in connection with his/her illness/injury. To enable us to assess the claim, we would be grateful for your co-operation in the completion of this form.

Orang yang namanya dinyatakan dibawah diinsuranskan dengan kami terhadap kejadian tertentu yang berlaku. Satu tuntutan yang berkaitan dengan penyakit/kecederaan telah di serah kepada kami dan untuk membolehkan kami memproses tuntutan tersebut, kami menghargai kerjasama anda melengkapkan borang ini.

Note: This form is to be completed at the Patient's expense. Borang ini untuk diisi atas perbelanjaan Pesakit.

1.	(a)	Name of Patient / Nama Pesakit			
	(b)	The Patient's identity card number from your records. / Nombor kad pengenalan Pesakit daripada rekod anda.			
2.	(a)	Are you the Patient's usual medical attendant? / Adakah anda doktor yang biasa bagi Pesakit?	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak		
	(b)	If yes, for how long? / Jika ya, sudah berapa lama?	DD HH	MM BB	YY TT
	(c)	If not, please provide the name and address of the usual medical attendant if known to you. / Jika tidak, sila berikan nama dan alamat doktor yang biasa jika anda tahu.			
	(d)	Has the Patient previously suffered from or been detected to have hypertension, diabetes, angina, hyperlipidaemia, cardiovascular disease, transient ischaemic attack, neurological disorders, renal disease, hepatitis B or C, autoimmune disorder, pre-malignant condition, cancer or any other significant illnesses? / Pernahkah sebelum ini Pesakit mengalami atau telah dikesan mempunyai tekanan darah tinggi, kencing manis, angina, hiperlipidemia, penyakit kardiovaskular, serangan iskemia sementara, gangguan neurologi, penyakit buah pinggang, hepatitis B atau C, gangguan autoimun, keadaan pra- malignan, kanser atau penyakit lain yang penting? ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak If "YES", please provide the following: / Jika "YA", sila berikan maklumat berikut:			
		Medical Condition / Keadaan Perubatan	Date of Diagnosis / Tarikh Diagnosis	Medical Treatment / Rawatan perubatan	Name and address of the treating doctor / Nama dan alamat doctor yang merawat
3.	Medical Details / Butir Perubatan				
	(a)	Date you were first consulted for this condition. / Tarikh kali pertama keadaan ini dirujuk kepada anda.	DD HH	MM BB	YY TT
	(b)	What were the symptoms complaint of and the duration of the symptoms when you were first consulted? / Apakah gejala-gejala yang wujud dan berapa lama gejala ini telah wujud pada kali pertama dirujuk kepada anda?			



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT

(c)	How long has the complaints/symptoms and signs been present? / <i>Berapa lamakah aduan/gejala-gejala dan tanda-tanda telah hadir?</i> (i) According to the Patient / <i>Menurut Pesakit</i> (ii) In your professional opinion <i>Menurut pendapat profesional anda</i>	(i) Since _____ (DD/MM/YYYY / HH/BB/TTTT) (ii) _____ (Please state / <i>Sila nyatakan</i> days/weeks/months / <i>hari/minggu/bulan</i>)
(d)	Please provide full and exact details of the diagnosis. <i>Sila nyatakan butir diagnosis dengan lengkap dan tepat.</i>	
(e)	Date and time when the illness was FIRST diagnosed. / <i>Tarikh dan masa apabila penyakit itu kali PERTAMA didiagnosis.</i>	DD MM YY at am / pm ____ HH ____ BB ____ TT pada pagi / ptg
(f)	What was the underlying cause of the diagnosis? <i>Apakah sebab diagnosisnya?</i>	
(g)	Name and address of the doctor who first diagnosed Patient with the illness. / <i>Nama dan alamat doctor yang pertama kali menghidapi Pesakit dengan penyakit.</i>	
(h)	Type of investigations / tests done to confirm the diagnosis. / <i>Jenis penyiasatan / ujian yang dilakukan untuk mengesahkan diagnosis.</i>	
(i)	Please give details of completed, planned or current treatment for the illness stated above. <i>Sila beri butiran rawatan lengkap, terancang atau semasa untuk penyakit yang dinyatakan di atas.</i>	
(j)	Which of the following factors are present? If yes, please provide date of onset. / <i>Mana satu di antara faktor-faktor berikut hadir? Jika ya, sila nyatakan tarikh permulaan.</i> (i) Hypertension / <i>Hipertensi</i> (ii) Diabetes Mellitus / <i>Diabetes Mellitus</i> (iii) Hyperlipidemia / <i>Hiperlipidemia</i> (iv) Others, please specify / <i>Lain-lain, sila nyatakan</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak DD MM YYYY ____ HH ____ BB ____ TTTT ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak DD MM YYYY ____ HH ____ BB ____ TTTT ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak DD MM YYYY ____ HH ____ BB ____ TTTT _____ DD MM YYYY ____ HH ____ BB ____ TTTT



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT

	(k) Please attach certified true copies of all the relevant investigation results, laboratory test results and all relevant reports. / <i>Sila lampirkan salinan yang disahkan semua hasil siasatan yang relevan, keputusan ujian makmal dan semua laporan yang berkaitan.</i>	☐ CT Scan / MRI report of the Brain / <i>Imbasan CT / MRI laporan Otak</i> ☐ MRI of Spine / <i>Imbasan MRI Saraf</i> ☐ Lumbar puncture test report / <i>Laporan ujian tumpul lumbar</i> ☐ Electromyography (EMG) test results / <i>Keputusan ujian elektromilografi (EMG)</i> ☐ Nerve conduction study/ Evoked potential test / <i>Kajian konduktif saraf / Ujian potensi yang dibangkitkan</i> ☐ Blood and Laboratory test reports / <i>Keputusan ujian Darah dan Makmal</i> ☐ Surgery report / <i>Laporan pembedahan</i> ☐ Histopathology examination (HPE) / <i>Histologi pemeriksaan (HPE)</i> ☐ Biopsy report / <i>Laporan biopsi</i> ☐ Any relevant hospital reports, to specify <i>Sebarang laporan hospital yang berkaitan, sila dinyatakan</i>
	(l) Is the Critical Illness associated with any other disorder, for example neurosis, psychiatric illness, HIV infection, etc.? / <i>Adakah Penyakit Kritikal dikaitkan dengan sebarang gangguan lain, contohnya neurosis, penyakit psikiatri, jangkitan HIV, dan lain-lain?</i>	☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak If "YES", please provide details <i>Jika "YA", sila berikan butiran-butiran</i>
	(i) The condition was associated with <i>Keadaan ini dikaitkan dengan</i>	☐ self-inflicted injury <i>kecederaan diri sendiri</i> ☐ drug or alcohol misuse <i>penyalahgunaan dadah atau alkohol</i> ☐ Others / <i>Lain-lain</i>



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT

4.	Please provide name and address of all doctor(s) or hospitals to whom or to which the Patient was referred to or attended to for this condition, including referrals or non-referrals. / Sila berikan nama dan alamat semua doctor atau semua hospital yang kepadanya atau yang mana Pesakit dirujuk atau dirawat untuk keadaan ini, termasuk rujukan atau bukan rujukan.		
	Date / Date	Name of Doctor / Nama Doktor	Hospital Name & Address / Nama & Alamat Hospital

5.	Please tick (√) and complete for the relevant sections <i>Sila tandakan (√) dan lengkankan bahagian yang berkaitan</i>		
	☐ Stroke / Strok		
	(i) Cause of stroke / Sebab strok (ii) Is the diagnosis falling within any of the following conditions? / Adakah diagnosis itu berkaitan dengan keadaan-keadaan berikut? (a) Transient Ischaemic Attack Serangan Ischemic Transient (b) Any reversible ischaemic neurological deficit Sebarang defisit neurologi iskemia yang boleh terbalik (c) Vertebrobasilar ischaemia / Iskemia Vertebrobasilar (d) Cerebral symptoms due to migraine Gejala serebrum akibat migrain (e) Cerebral injury resulting from trauma or hypoxia Kecederaan serebrum akibat trauma atau hipoksia (f) Vascular disease affecting the eye or optic nerve or vestibular functions / Penyakit vaskular yang menjejaskan saraf mata atau optik atau fungsi vestibular	(i) ☐ Infarct / Infark ☐ Embolus / Embolus ☐ Hemorrhage / Pendarahan (ii) (a) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak (b) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak (c) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak (d) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak (e) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak (f) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak	
	☐ Parkinson's Disease / Penyakit Parkinson		
	(i) Cause of Parkinson's Disease Penyebab Penyakit Parkinson (ii) Can the condition / illness be controlled with medication? / Bolehkah keadaan / penyakit dikawal dengan ubat?	(i) ☐ Idiopathic / Idiopatik ☐ Secondary due to Sekunder disebabkan oleh _____ (ii) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak	



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT

☐ Motor Neuron Disease / Penyakit Neuron Motor Type of Motor Neuron Disease / Jenis Penyakit Neuron Motor	☐ Amyotrophic lateral sclerosis <i>Sclerosis amiotrofik lateral</i> ☐ Progressive bulbar palsy <i>Bulbar palsy progresif</i> ☐ Primary lateral sclerosis <i>Sclerosis lateral utama</i> ☐ Spinal muscular atrophy <i>Atrofi otot tulang belakang</i>
☐ Muscular Dystrophy / Distrofi Otot Type of Muscular Dystrophy / Jenis Distrofi Otot	☐ Duchenne's / Duchenne's ☐ Congenital / Kongenital ☐ Facioscapulohumeral <i>Facioscapulohumeral</i> ☐ Myotonic / Myotonic ☐ Others / Lain-lain
☐ Alzheimer's Disease/Severe Dementia <i>Penyakit Alzheimer/Demensia Teruk</i> Type of conditions involved <i>Jenis keadaan-keadaan yang terlibat</i>	☐ Alzheimer's Disease / Penyakit Alzheimer ☐ Dementia / Demensia ☐ Other degenerative brain disorders <i>Gangguan otak degeneratif yang lain</i>
☐ Major Head Trauma / Trauma Kepala Major (i) What was the date of injury? <i>Apakah tarikh kecederaan?</i> (ii) Please provide details of circumstances leading to injury. / <i>Sila berikan butiran keadaan yang membawa kepada kecederaan.</i> (iii) Was there any fracture of the skull bones? If "Yes", please provide details and attach a copy of the radiological evidence. / <i>Adakah terdapat patah tulang tulang tengkorak? Jika "Ya", sila berikan butiran dan lampirkan salinan bukti radiologi.</i> (iv) Is there any injury to the brain tissue? Please provide exact nature of brain injury (to enclose copy of MRI or CAT scan). / <i>Adakah terdapat kecederaan pada tisu otak? Sila berikan kecacatan otak yang tepat (untuk menyertakan salinan MRI atau imbasan CAT).</i> (v) What is the exact location and extent of the head injury? <i>Apakah lokasi dan sejauh mana kecederaan kepala?</i>	(i) DD MM YY HH BB TT (ii) _____ (iii) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak _____ (iv) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak (v) _____



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT

(vi) Was surgery performed? If "Yes", please provide details of surgical procedure, date performed and hospital in which surgery was carried out. / Adakah pembedahan dilakukan? Jika "Ya", sila berikan butiran prosedur pembedahan, tarikh yang telah dijalankan dan hospital di mana pembedahan dilakukan.	(vi) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak Procedure / Prosedur Surgery Date / Tarikh Pembedahan DD MM YY HH BB TT Hospital / Hospital
☐ Coma / Koma (i) Date and time of onset. Tarikh dan masa permulaan (ii) How long was the Patient in a state of coma, with no response to external stimuli? / Berapa lama Pesakit dalam keadaan koma, tanpa tindak balas kepada rangsangan luar? (iii) How long was the Patient put on life support systems? Berapa lamakah Pesakit memakai sistem sokongan hidup? (iv) What is the extent of coma under the Glasgow Coma Scale or any other measurement for coma? Please state type of measurement. / Apakah tahap coma di bawah Glasgow Coma Scale atau apa-apa ukuran lain untuk koma? Sila nyatakan jenis pengukuran. (v) Please provide the date and time of emergence from coma and resulting Patient's limitations both physical and mental since then. / Sila berikan tarikh dan masa kemunculan dari koma dan had batasan Pesakit kedua-dua fizikal dan mental sejak itu. (vi) Are there any neurological deficits lasting more than 30 days after the Patient awoke from coma / regained consciousness? If "Yes", please provide details of neurological deficit and duration of the deficit. Adakah terdapat defisit saraf yang berterusan melebihi 30 hari selepas Pesakit bangun dari koma / bersedar semula? Jika "Ya", sila beri butiran defisit neurologi dan tempoh defisit.	(i) DD MM YY HH BB TT at am / pm pada pagi / ptg (ii) _____ hours / jam / _____ days / hari since / sejak DD MM YY HH BB TT at am / pm pada pagi / ptg (iii) _____ hours / jam / _____ days / hari since / sejak First on ventilation since / Sejak pertama kali ventilasi DD MM YY HH BB TT (iv) _____ (v) DD MM YY HH BB TT at am / pm pada pagi / ptg Limitations / Had-had (vi) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT

(vii) Was the coma 'Medically induced'? <i>Adakah koma 'didorong secara perubatan'?</i>	(vii) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
☐ Benign Brain Tumour / <i>Tumor Otak Benign</i> (i) Is the tumour life threatening? / <i>Adakah tumor mengecam nyawa?</i> (ii) Are there signs of increased intracranial pressure? / <i>Adakah tanda-tanda peningkatan tekanan intrakranial?</i> (iii) Has it caused damage to the brain? / <i>Adakah ia menyebabkan kerosakan kepada otak?</i> (iv) Is the diagnosis falling within any of the following conditions? / <i>Adakah diagnosis termasuk dalam mana-mana syarat berikut?</i> (a) Cysts / <i>Sista</i> (b) Granulomas / <i>Granuloma</i> (c) Malformations in or of the arteries or veins of the brain / <i>Kecacatan dalam atau pada arteri atau vena otak</i> (d) Haematomas / <i>Hematoma</i> (e) Tumours of the pituitary gland / <i>Tumor dalam kelenjar pituitary</i> (f) Tumours of the spine / <i>Tumor dalam tulang belakang</i> (g) Tumours of the acoustic nerve / <i>Tumor saraf akustik</i> (h) Tumours of the meninges / <i>Tumor meninges</i>	(i) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak If "Yes", please provide details / <i>Jika "Ya", sila berikan butiran-butiran</i> (ii) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak If "YES", please provide details / <i>Jika "YA", sila berikan butiran-butiran</i> (iii) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak If "YES", please provide details / <i>Jika "YA", sila berikan butiran-butiran</i> (iv) (a) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak (b) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak (c) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak (d) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak (e) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak (f) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak (g) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak (h) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak
☐ Bacterial Meningitis/Encephalitis / <i>Meningitis Bakteria/ Ensefalitis</i> Please provide Cerebrospinal Fluid (CSF) test results. <i>Sila berikan hasil Ujian Cecair (CSF) Cerebrospinal.</i>	
☐ Brain Surgery / <i>Pembedahan Otak</i> (i) Please state type of surgery <i>Sila nyatakan jenis pembedahan</i>	(i) ☐ Craniotomy / <i>kraniotomi</i> ☐ Craniectomy / <i>Craniectomy</i> ☐ Other procedure / <i>Lain prosedur</i>



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT

(ii) Reason for surgery / <i>Sebab pembedahan</i> (iii) Was the surgery done due to injuries sustained during an accident? If "Yes", please provide details. / <i>Adakah pembedahan dilakukan akibat kecederaan yang berlaku semasa kemalangan? Jika "Ya", sila beri butiran.</i> (iv) Please state date of surgery / <i>Sila nyatakan tarikh pembedahan</i>	(ii) _____ (iii) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak _____ (iv) DD MM YY HH BB TT
☐ Multiple Sclerosis / <i>Sklerosis Multipel</i> (i) Exact date and duration of motor & sensory function impairment / <i>Tarikh sebenar dan tempoh kerosakan motor & penyelarasan fungsi</i> (ii) Is this the first occurrence? / <i>Adakah ini kejadian pertama?</i> (iii) If this is not the first occurrence, please state the number of recurrence/ <i>Jika ini bukan kejadian pertama, sila nyatakan bilangannya.</i> (iv) Please give details of the extent of the involvement of the optic nerves, brain stem and spinal cord. / <i>Sila berikan butir-butir sejauh mana penglibatan saraf optik, pangkal otak dan korda spina.</i> (v) Please indicate number of exacerbations since diagnosis. <i>Sila nyatakan bilangan masalah akibat diagnosis.</i> (vi) Please indicate number of remissions since diagnosis. <i>Sila nyatakan bilangan remisi akibat diagnosis.</i>	(i) DD MM YY HH BB TT _____days / hari / _____years / tahun (ii) ☐ Yes / Ya ☐ No / Tidak (iii) _____ (iv) _____ _____ _____ (v) _____ (vi) _____ _____ _____



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT

6. Neurological Examination report / Laporan Pemeriksaan Neurologi															
Please state below, the Patient's physical and neurological impairments, based on latest / current assessment. / Sila nyatakan di bawah, gangguan fizikal dan neurologi Pesakit, berdasarkan penilaian terkini / semasa															
(a)	Date when neurological impairments were first noted. Tarikh apabila gangguan neurologi diperhatikan terlebih dahulu.	DD HH	MM BB												
(b)	Date of latest/current assessment. Tarikh penilaian terkini/semasa.	DD HH	MM BB												
(c)	Vision (Visual Acuity). Visi (Ketajaman Visual).	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Right / Kanan</th> <th>Left / Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Normal / Norma/</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Impaired / Terjejas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Scores based on Metric Acuity Markah berdasarkan Ketajaman Metrik</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			Right / Kanan	Left / Kiri	Normal / Norma/			Impaired / Terjejas			Scores based on Metric Acuity Markah berdasarkan Ketajaman Metrik		
	Right / Kanan	Left / Kiri													
Normal / Norma/															
Impaired / Terjejas															
Scores based on Metric Acuity Markah berdasarkan Ketajaman Metrik															
		Remarks / Kenyataan													
(d)	Hearing (Supported by an Audiometry results). Pendengaran (Disokong oleh keputusan Audiometry).	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Right / Kanan</th> <th>Left / Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Normal / Norma/</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Impaired / Terjejas</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Scores based on speech reception threshold Markah berdasarkan ambang penerimaan bertutur</td> <td>dB</td> <td>dB</td> </tr> </tbody> </table>			Right / Kanan	Left / Kiri	Normal / Norma/			Impaired / Terjejas			Scores based on speech reception threshold Markah berdasarkan ambang penerimaan bertutur	dB	dB
	Right / Kanan	Left / Kiri													
Normal / Norma/															
Impaired / Terjejas															
Scores based on speech reception threshold Markah berdasarkan ambang penerimaan bertutur	dB	dB													
		Remarks / Kenyataan													
(e)	Function of speech. / Fungsi bertutur.	☐ clear & understandable / jelas & difahami ☐ slurred / tidak jelas ☐ unable to speak / tidak dapat bercakap Remarks / Kenyataan													



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT

(f)	Cognitive function. / Fungsi kognitif.	☐ normal / normal ☐ poor comprehension / lemah dalam pemahaman ☐ difficult with logic and reasoning / sukar dengan logik dan pemikiran ☐ memory loss / hilang ingatan Remarks / Kenyataan																											
(g)	General examination findings. <i>Penemuan pemeriksaan am.</i> (i) Are there any abnormal movements or abnormal gait? (Please provide full details). / Adakah terdapat pergerakan yang tidak normal atau berjalan tidak normal? (Sila berikan butir-butir penuh). (ii) Is there any muscle wasting? (Please provide full details). / Adakah terdapat pembaziran otot? (Sila berikan butir-butir penuh). (iii) If there are any other significant examination findings, please provide the details. / Sekiranya terdapat sebarang pemeriksaan yang penting, sila berikan butir-butir.	(i) _____ _____ _____ (ii) _____ _____ _____ (iii) _____ _____ _____																											
(h)	Examination of the Limbs / Pemeriksaan Anggota Please indicate the muscle power of the various joints in the table below with the maximum grade of 5. Sila nyatakan kuasa otot untuk perlbagai otot di jadual di bawah dengan gred maksimum 5. <table border="1" data-bbox="248 1205 1444 1601"> <thead> <tr> <th data-bbox="248 1205 727 1267">Upper Limbs / Bahagian atas anggota badan</th> <th data-bbox="727 1205 1110 1267">Right / Kanan</th> <th data-bbox="1110 1205 1444 1267">Left / Kiri</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="248 1267 727 1308">Shoulder / Bahu</td> <td data-bbox="727 1267 1110 1308"></td> <td data-bbox="1110 1267 1444 1308"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="248 1308 727 1348">Elbow / Siku</td> <td data-bbox="727 1308 1110 1348"></td> <td data-bbox="1110 1308 1444 1348"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="248 1348 727 1388">Wrist / Pergelangan tangan</td> <td data-bbox="727 1348 1110 1388"></td> <td data-bbox="1110 1348 1444 1388"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="248 1388 727 1429">Grip / Cengkaman</td> <td data-bbox="727 1388 1110 1429"></td> <td data-bbox="1110 1388 1444 1429"></td> </tr> <tr> <th data-bbox="248 1429 727 1491">Lower limbs / Bahagian bawah anggota badan</th> <th data-bbox="727 1429 1110 1491">Right / Kanan</th> <th data-bbox="1110 1429 1444 1491">Left / Kiri</th> </tr> <tr> <td data-bbox="248 1491 727 1532">Hip / Pinggul</td> <td data-bbox="727 1491 1110 1532"></td> <td data-bbox="1110 1491 1444 1532"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="248 1532 727 1572">Knee / Lutut</td> <td data-bbox="727 1532 1110 1572"></td> <td data-bbox="1110 1532 1444 1572"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="248 1572 727 1601">Ankle / Buku lali</td> <td data-bbox="727 1572 1110 1601"></td> <td data-bbox="1110 1572 1444 1601"></td> </tr> </tbody> </table>		Upper Limbs / Bahagian atas anggota badan	Right / Kanan	Left / Kiri	Shoulder / Bahu			Elbow / Siku			Wrist / Pergelangan tangan			Grip / Cengkaman			Lower limbs / Bahagian bawah anggota badan	Right / Kanan	Left / Kiri	Hip / Pinggul			Knee / Lutut			Ankle / Buku lali		
Upper Limbs / Bahagian atas anggota badan	Right / Kanan	Left / Kiri																											
Shoulder / Bahu																													
Elbow / Siku																													
Wrist / Pergelangan tangan																													
Grip / Cengkaman																													
Lower limbs / Bahagian bawah anggota badan	Right / Kanan	Left / Kiri																											
Hip / Pinggul																													
Knee / Lutut																													
Ankle / Buku lali																													



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT

(i)	Assessment of Activities of Daily Living / Penilaian Aktiviti Kehidupan Harian <table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="252 327 978 416">Daily Living / Aktiviti Kehidupan Harian</th> <th data-bbox="994 327 1161 416">Not Limited Tidak Terbatas</th> <th data-bbox="1169 327 1297 416">Limited Terbatas</th> <th data-bbox="1305 327 1449 416">Incapable Tidak upaya</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="252 416 978 533">Transfer (Getting in & out of a chair without physical assistance.) <i>Pemindahan (Duduk dan bangun dari kerusi tanpa memerlukan bantuan fizikal.)</i></td> <td data-bbox="994 416 1161 533"></td> <td data-bbox="1169 416 1297 533"></td> <td data-bbox="1305 416 1449 533"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="252 533 978 649">Mobility (Ability to move from room to room without physical assistance.) <i>Pergerakan (Keupayaan untuk bergerak dari satu bilik ke bilik yang lain tanpa memerlukan bantuan fizikal.)</i></td> <td data-bbox="994 533 1161 649"></td> <td data-bbox="1169 533 1297 649"></td> <td data-bbox="1305 533 1449 649"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="252 649 978 801">Continence (Ability to voluntarily control bowel & bladder functions so as to maintain personal hygiene.) <i>Perihal Mengawal (Keupayaan untuk mengawal fungsi usus dan pundi kencing secara sendirinya seperti menjaga kebersihan diri.)</i></td> <td data-bbox="994 649 1161 801"></td> <td data-bbox="1169 649 1297 801"></td> <td data-bbox="1305 649 1449 801"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="252 801 978 918">Dressing (Putting on & taking off all necessary items of clothing without assistance of another person.) <i>Pemakaian (Memakai dan menanggalkan kesemua pakaian yang perlu tanpa memerlukan bantuan orang lain.)</i></td> <td data-bbox="994 801 1161 918"></td> <td data-bbox="1169 801 1297 918"></td> <td data-bbox="1305 801 1449 918"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="252 918 978 1124">Bathing/Washing (Ability to wash in the bath or shower Including getting in & out of bath or shower or wash by any other means without assistance of another person.) <i>Mandi/Membersihkan diri (Keupayaan untuk membersihkan diri di tempat mandi tab atau mandi pancuran termasuk memasuki dan keluar dari tempat mandi tab atau mandi pancuran atau membersihkan diri dengan cara yang lain.)</i></td> <td data-bbox="994 918 1161 1124"></td> <td data-bbox="1169 918 1297 1124"></td> <td data-bbox="1305 918 1449 1124"></td> </tr> <tr> <td data-bbox="252 1124 978 1249">Eating (All task of getting food into the body without assistance of another person) <i>Makan (Kesemua tugas memasukkan makanan ke dalam badan apabila makanan telah disediakan)</i></td> <td data-bbox="994 1124 1161 1249"></td> <td data-bbox="1169 1124 1297 1249"></td> <td data-bbox="1305 1124 1449 1249"></td> </tr> </tbody> </table>	Daily Living / Aktiviti Kehidupan Harian	Not Limited Tidak Terbatas	Limited Terbatas	Incapable Tidak upaya	Transfer (Getting in & out of a chair without physical assistance.) <i>Pemindahan (Duduk dan bangun dari kerusi tanpa memerlukan bantuan fizikal.)</i>				Mobility (Ability to move from room to room without physical assistance.) <i>Pergerakan (Keupayaan untuk bergerak dari satu bilik ke bilik yang lain tanpa memerlukan bantuan fizikal.)</i>				Continence (Ability to voluntarily control bowel & bladder functions so as to maintain personal hygiene.) <i>Perihal Mengawal (Keupayaan untuk mengawal fungsi usus dan pundi kencing secara sendirinya seperti menjaga kebersihan diri.)</i>				Dressing (Putting on & taking off all necessary items of clothing without assistance of another person.) <i>Pemakaian (Memakai dan menanggalkan kesemua pakaian yang perlu tanpa memerlukan bantuan orang lain.)</i>				Bathing/Washing (Ability to wash in the bath or shower Including getting in & out of bath or shower or wash by any other means without assistance of another person.) <i>Mandi/Membersihkan diri (Keupayaan untuk membersihkan diri di tempat mandi tab atau mandi pancuran termasuk memasuki dan keluar dari tempat mandi tab atau mandi pancuran atau membersihkan diri dengan cara yang lain.)</i>				Eating (All task of getting food into the body without assistance of another person) <i>Makan (Kesemua tugas memasukkan makanan ke dalam badan apabila makanan telah disediakan)</i>				
Daily Living / Aktiviti Kehidupan Harian	Not Limited Tidak Terbatas	Limited Terbatas	Incapable Tidak upaya																											
Transfer (Getting in & out of a chair without physical assistance.) <i>Pemindahan (Duduk dan bangun dari kerusi tanpa memerlukan bantuan fizikal.)</i>																														
Mobility (Ability to move from room to room without physical assistance.) <i>Pergerakan (Keupayaan untuk bergerak dari satu bilik ke bilik yang lain tanpa memerlukan bantuan fizikal.)</i>																														
Continence (Ability to voluntarily control bowel & bladder functions so as to maintain personal hygiene.) <i>Perihal Mengawal (Keupayaan untuk mengawal fungsi usus dan pundi kencing secara sendirinya seperti menjaga kebersihan diri.)</i>																														
Dressing (Putting on & taking off all necessary items of clothing without assistance of another person.) <i>Pemakaian (Memakai dan menanggalkan kesemua pakaian yang perlu tanpa memerlukan bantuan orang lain.)</i>																														
Bathing/Washing (Ability to wash in the bath or shower Including getting in & out of bath or shower or wash by any other means without assistance of another person.) <i>Mandi/Membersihkan diri (Keupayaan untuk membersihkan diri di tempat mandi tab atau mandi pancuran termasuk memasuki dan keluar dari tempat mandi tab atau mandi pancuran atau membersihkan diri dengan cara yang lain.)</i>																														
Eating (All task of getting food into the body without assistance of another person) <i>Makan (Kesemua tugas memasukkan makanan ke dalam badan apabila makanan telah disediakan)</i>																														
(j)	Any other significant neurological examination findings or disability details that are not stated above / Sebarang penemuan pemeriksaan neurologi yang penting atau butiran ketidakupayaan yang tidak dinyatakan di atas																													
7.	What is the prognosis of the Patient's neurological impairments? You may tick (✓) more than one. <i>Apakah prognosis gangguan neurologi Pesakit? Anda boleh menandakan (✓) lebih daripada satu.</i>	☐ Recovered / Pulih ☐ Stable and improving Stabil dan semakin baik ☐ Progressively worsening Semakin memburuk ☐ No change. Likely to be permanent Tiada perubahan. Mungkin akan kekal ☐ Others / Lain-lain																												
8.	Please provide any other information that will enable the Company to assess this claim. / Sila berikan maklumat lain yang akan membolehkan Syarikat menilai tuntutan ini.																													



EARLY STAGE & ADVANCED STAGE CRITICAL ILLNESS
PERINGKAT AWAL & PERINGKAT AKHIR PENYAKIT KRITIKAL
CONFIDENTIAL MEDICAL CERTIFICATE BRAIN, NERVE & MUSCLE RELATED CONDITION
SIJIL PERUBATAN SULIT KEADAAN BERKAITAN OTAK, SARAF & OTOT

I hereby declare that the foregoing answers are each and all true to the best of my knowledge and belief.
Saya dengan ini mengaku bahawa setiap dan semua jawapan di atas adalah benar sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya.

Name / Nama:

Professional Qualification:
Kelayakan Professional:

Address/ Alamat:

Date / Tarikh : / /

Signature and Official Stamp / *Tandatangan dan Cop Amalan*

DD / TT MM / BB YYYY / TTTT