



هونغ ليونغ م. س. أ. ج. تكافل

HongLeong MSIG Takaful

Certificate No./ No. Sijil : _____

No. Tuntutan / Claim No.: _____

**LAPORAN DOKTOR YANG MERAWAT UNTUK TUNTUTAN HILANG UPAYA
YANG MENYELURUH DAN KEKAL
MEDICAL ATTENDANT'S REPORT ON TOTAL AND PERMANENT DISABILITY CLAIM**

(Borang ini hendaklah dilengkapkan oleh pengamal perubatan yang berdaftar atas perbelanjaan sendiri pihak penuntut.)
(This report is to be completed by the registered medical practitioner at the own expense of Participant / Claimant.)

- Sila lengkapkan Bahagian A (No. 1-11) dan Pengesahan Rawatan (WAJIB)
Please complete Part A (No. 1-11) and Confirmation of Treatment (COMPULSORY)
- Untuk kehilangan upaya disebabkan oleh Penyakit-penyakit dibawah:
For disability which is due to below illnesses:
 1. Epilepsy (Sila Lengkapkan Bahagian A & B) / *Epilepsy (Please complete Part A & B)*
 2. Chronic Schizophrenia (Sila lengkapkan Bahagian A & C) / *Chronic Schizophrenia (Please complete Part A & C)*
 3. Systemic Lupus Erythematosus (Sila lengkapkan Bahagian A & D) /
Systemic Lupus Erythematosus (Please complete Part A & D).

BAHAGIAN A – SOALAN AM/ PART A – GENERAL QUESTION

1. a) Nama Peserta <i>Name of Participant</i>	a) Baru / New: Lama / Old:
b) No. Kad Pengenalan <i>NRIC No.</i>	b)
c) Tarikh Lahir <i>Date of Birth</i>	c)
d) Pekerjaan pada masa kehilangan disability <i>Occupation at time of disability</i>	d)
e) No. Sijil <i>Certificate No.</i>	e)
2.a) Tarikh kehilangan keupayaan bermula <i>Date when disability began</i>	a) DD_____MM_____YY_____
b) Sebab kehilangan keupayaan <i>Cause of disability</i>	b)
c) Jika kehilangan keupayaan disebabkan oleh kemalangan, sila berikan: <i>If disability was due to accident, please provide:</i>	c)
i. Tarikh kemalangan <i>Date of accident</i>	i. DD_____MM_____YY_____
ii. Masa <i>Time</i>	ii.

<p>iii. Keadaan kemalangan yang lengkap <i>Full circumstances of the accident</i></p> <p>d) Jika kehilangan keupayaan disebabkan oleh penyakit, sila berikan: <i>If disability was due to illness, please provide:</i></p> <p>i. Diagnosis <i>Diagnosis</i></p> <p>ii. Tarikh kali pertama diagnosis dibuat <i>Date when diagnosis was first established</i></p> <p>iii. Tarikh kali pertama pesakit dimaklumkan mengenai diagnosis tersebut <i>Date when patient was first informed of the diagnosis</i></p> <p>iv. Nama dan alamat doktor pertama yang telah membuat diagnosis tersebut <i>Name and address of doctor who first established the diagnosis.</i></p>	<p>iii.</p> <p>d)</p> <p>i.</p> <p>ii. DD_____MM_____YY_____</p> <p>iii. DD_____MM_____YY_____</p> <p>iv.</p>
<p>3.Sila berikan tarikh-tarikh perjumpaan dan nama dan alamat semua doktor yang telah dijumpai oleh pesakit ini berkenaan keadaan/kehilangan keupayaan seperti berikut: <i>Please provide dates of consultation and names and addresses of all doctors consulted by this patient for this condition / disability as follows:</i></p> <p>a) Doktor pertama yang dijumpai. <i>Doctor first consulted.</i></p> <p>b) Semua doktor lain yang dijumpai kemudiannya. <i>All doctors subsequently consulted.</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p>
<p>4. Sila berikan butiran mengenai perjumpaan klinikal dan fizikal yang telah anda perhatikan pada: <i>Please give details of the clinical and physical findings noted by you on:</i></p> <p>a) Tarikh perjumpaan pertama pesakit berjumpa dengan anda. <i>Date of patient's first consultation with you.</i></p> <p>b) Tarikh perjumpaan terakhir <i>Last date of consultation</i></p>	<p>a) DD_____MM_____YY_____</p> <p>b) DD_____MM_____YY_____</p>

<p>5. a) Jenis rawatan dan nasihat yang telah diberikan berkenaan keadaan/kehilangan keupayaan ini. <i>Type of treatment and advice being given for this condition/disability.</i></p> <p>b) Jenis pembedahan yang dilakukan dan tarikh pembedahan. <i>Type of surgery being performed and date of surgery.</i></p> <p>c) Jenis rawatan perubatan yang masih diteruskan. <i>Type of treatment that is still on going.</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p>
<p>6. Sila nyatakan segala aduan dan kehilangan keupayaan yang masih dialaminya oleh pesakit pada masa ini atau pada masa pemeriksaan terakhirnya bersama anda. <i>Please state all the complaints and disabilities that the patient still claims to suffer from currently or on date of his/her last consultation with you.</i></p>	
<p>7.a) Adakah keadaan pesakit bertambah baik, merosot atau tetap seperti dulu pada tarikh terakhir perjumpaan? <i>Has the patient's condition improved, deteriorated or remained the same on last consultation date?</i></p> <p>b) Adakah apa-apa pemulihan yang mungkin membantu memperbaiki keadaan pesakit? Jika ada, sila berikan butiran. <i>Is there any rehabilitation that would help to improve the patient's condition? If so, please give details.</i></p> <p>c) Adakah keadaan / kehilangan keupayaan pesakit pada masa ini dijangka menjadi kekal? <i>Is the patient's current condition/disability expected to be permanent?</i></p> <p>d) Jika keadaan adalah tidak kekal, ke tahap manakah jangkaan pemulihan dan bilakah ianya dijangka bermula? <i>If the condition is not permanent, to what extent is recovery expected and when is recovery expected to began?</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p> <p>d)</p>

<p>8.a) Jika keadaan pesakit adalah kekal, adakah keadaan tersebut akan menghalangnya dari: <i>If patient's condition is permanent, would the condition prevent the patient from:</i></p> <p>i. Melaksanakan hanya pekerjaannya sahaja? <i>Performing his/her own occupancy only?</i></p> <p>ii. Melaksanakan pekerjaan sendiri dan juga pekerjaan yang lain? <i>Performing patient's own occupation and also any other occupation?</i></p> <p>b) Sila nyatakan tarikh pesakit didapati tidak dapat bekerja langsung dari segi perubatan, jika ada. <i>Please state the date when patient is medically boarded out, if any.</i></p>	<p>a)</p> <p>i)</p> <p>ii)</p> <p>b) DD_____MM_____YY_____</p>
<p>9.Pernahkah pesakit didiagnosis/mengalami yang berikut: <i>Had the patient been diagnosed/suffered from the following:</i></p> <p>a) Kehilangan keupayaan dahulu yang sama / serupa <i>Same / similar condition previously</i></p> <p>b) Hipertensi <i>Hypertension</i></p> <p>c) Melitus Kencing Manis <i>Diabetes Mellitus</i></p> <p>d) Penyakit Jantung <i>Heart Disease</i></p> <p>e) Apa-apa penyakit serius yang lain <i>Any other serious illness(es)</i></p> <p>Jika ya, sila berikan butiran seperti diagnosis, tarikh permulaan/diagnosis dan nama dan alamat kesemua doktor yang telah dijumpai. <i>If so, please provide details such as diagnosis, date of onset/diagnosis, names and addresses of doctors seen.</i></p>	<p>a)</p> <p>b) DD_____MM_____YY_____</p> <p>c) DD_____MM_____YY_____</p> <p>d) DD_____MM_____YY_____</p> <p>e) DD_____MM_____YY_____</p>
<p>10. Apa-apa maklumat lain yang berkaitan dengan keadaan / kehilangan keupayaan pesakit. <i>Please give any other information which you feel would be helpful in the assessment of your patient's claim.</i></p>	

BAHAGIAN B – SAWAN/ EPILEPSY

<p>1. a) Adakah Pesakit pada masa ini menghidapi penyakit Sawan (Epilepsi)? <i>Is the Patient is currently suffering from Epilepsy?</i></p> <p>b) Jika Ya, sila tandakan jenis sawan yang dihidapi. <i>if Yes, please tick the type for patient's epilepsy.</i></p> <p>c) Jika tidak, sila nyatakan sebarang alasan: <i>If no, please state your reason:</i></p>	<p>a) Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No <input type="checkbox"/></p> <p>b) <u>Jenis Sawan/ Type of Epilepsy</u> <u>Ya/ Yes</u> <u>Tidak/No</u></p> <p>i) Tonic-Clonic <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ii) Grand Mal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>iii) Febril <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>iv) Absence/ Petit Mal <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>v) Lain-lain (Sila nyatakan) : <i>Other (Please specify)</i></p> <p>c)</p>
<p>2. a) Sila nyatakan tarikh penyakit ini disahkan? <i>Please state the date of diagnosis</i></p> <p>b) Butiran doktor yang mengesahkan penyakit ini. <i>Doctor's details who confirmed the diagnosis.</i></p> <p>c) Adakah doktor tersebut adalah Pakar Neurologi atau yang bersesuaian dengannya? <i>Is the abovementioned doctor is Neurologist Specialist or any doctor with equivalent position?</i></p>	<p>a) DD _____ MM _____ YY _____</p> <p>b)</p> <p>c)</p>

<p>3. a) Apakah prosedur/ siasatan yang telah dijalankan untuk mengesahkan penyakit ini? Sila tandakan yang berkenaan? <i>Which procedure/ investigation performed to diagnose this illness? Please tick the related.</i></p> <p>b) Sila nyatakan bila dan dimana ianya dilakukan. <i>Please state when and where it was performed</i></p>	<p>a) <u>Prosedur/ Procedure</u> <u>Ya/ Yes</u> <u>Tidak/No</u></p> <p>i) Electroencephalography (EEG) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ii) Magnetic Resonance Imaging (MRI) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>iii) Positron Emission Tomography (PET) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>iv) CT Scan <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>v) Lain-lain (Sila nyatakan) : <i>Other (Please specify)</i></p> <p>b)</p> <p>DD _____ MM _____ YY _____</p>
<p>4. a) Adakah Pesakit telah menjalani pembedahan saraf untuk rawatan penyakit ini? <i>Does the patient underwent the nerve surgery for this illness's treatment?</i></p> <p>b) Sila nyatakan bila dan dimana ianya dilakukan. <i>Please state when and where it was performed</i></p>	<p>a) Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No <input type="checkbox"/></p> <p>b)</p> <p>DD _____ MM _____ YY _____</p>
<p>5. a) Sila nyatakan kekerapan pesakit mengalami serangan sawan dalam tempoh dua belas (12) bulan yang lalu? <i>Kindly state the frequency which the patient experienced with the past twelve (12) months?</i></p> <p>b) Adakah pesakit mengambil ubat-ubatan anti-epileptic (anti-convulsant) <i>Does the patient consuming anti-epileptic (anti-convulsant) medication.</i></p> <p>c) Jika Ya, sejak bila dan berapa lama tempoh yang telah disarankan oleh doktor? <i>If Yes, since when and how long is the period advised by the doctor?</i></p> <p>d) Adakah pesakit masih lagi dibawah pemerhatian oleh Pakar Neurologi? <i>Is the patient is still under observation by Neurology Specialist?</i></p>	<p>a)</p> <p>b) Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No <input type="checkbox"/></p> <p>c)</p> <p>d)</p>

BAHAGIAN C – SKIZOPHERNIA YANG KRONIK/ CHRONIC SCHIZOPHRENIA

<p>1. a) Adakah Pesakit pada masa ini menghadapi penyakit Skizophernia yang Kronik? <i>Is the Patient is currently suffering from Chronic Schizophrenia?</i></p> <p>b) Jika tidak, sila nyatakan sebarang alasan: <i>If no, please state your reason:</i></p>	<p>a) Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No <input type="checkbox"/></p> <p>b)</p>
<p>2. Bilakah tarikh pesakit disahkan mengalami penyakit ini? <i>When was the diagnosis date for patient's condition?</i></p>	<p>DD_____MM_____YY_____</p>
<p>3. Apakah gejala-gejala yang dihadapi pesakit sepanjang pemerhatian anda? <i>What is the symptoms that occurred during your observation on the patient?</i></p>	
<p>4. a) Pernahkan pesakit dimasukkan kedalam wad pada tahun 2016 dan seterusnya disebabkan penyakit beliau? <i>Do the patient has ever been admitted during the year 2016 onward due to his/her illnesses?</i></p> <p>b) Jika Ya, sila nyatakan Tarikh Kemasukan <i>If Yes, please state the Date of Admission Period:</i></p> <p>c) Jika Tidak, sila nyatakan sebarang alasan: <i>If No, please state your reason:</i></p>	<p>a) Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No <input type="checkbox"/></p> <p>b) DD_____MM_____YY_____</p> <p>c)</p>

<p>5. Adakah Pesakit mengalami gejala-gejala berikut. <i>Does the patient have the following symptoms?</i></p>	<table border="0"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;"><u>Gejala-Gejala/ Symptoms</u></th> <th style="text-align: center;"><u>Ya/ Yes</u></th> <th style="text-align: center;"><u>Tidak/No</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>i) Tingkahlaku Yang Tidak Teratur. <i>Severe Behavioral Disorder.</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>ii) Kelakuan Paranoid. <i>Paranoid Behavoieur.</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>iii) Delusi. <i>Delusion.</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>iv) Halusinasi. <i>Halucination.</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>v) Lain-lain (Sila nyatakan) : <i>Other (Please specify)</i></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	<u>Gejala-Gejala/ Symptoms</u>	<u>Ya/ Yes</u>	<u>Tidak/No</u>	i) Tingkahlaku Yang Tidak Teratur. <i>Severe Behavioral Disorder.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ii) Kelakuan Paranoid. <i>Paranoid Behavoieur.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	iii) Delusi. <i>Delusion.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	iv) Halusinasi. <i>Halucination.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	v) Lain-lain (Sila nyatakan) : <i>Other (Please specify)</i>		
<u>Gejala-Gejala/ Symptoms</u>	<u>Ya/ Yes</u>	<u>Tidak/No</u>																	
i) Tingkahlaku Yang Tidak Teratur. <i>Severe Behavioral Disorder.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
ii) Kelakuan Paranoid. <i>Paranoid Behavoieur.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
iii) Delusi. <i>Delusion.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
iv) Halusinasi. <i>Halucination.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	
v) Lain-lain (Sila nyatakan) : <i>Other (Please specify)</i>																			
<p>6. a). Adakah Pesakit memerlukan penggunaan jangka panjang ubat-ubatan anti-psychotic atau perubatan lain yang khusus untuk mengawal Chronic Schizophrenia? <i>Does the patient require long-term use of drugs or other medical anti-psychotic dedicated to control Chronic Schizophrenia?</i></p> <p>b) Jika Ya, berapa lama tempoh yang diperlukan? <i>If Yes, how long the period require?</i></p> <p>c) Jika tidak, sila nyatakan sebarang alasan: <i>If no, please state your reason:</i></p>	<p>a) Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No <input type="checkbox"/></p> <p>b)</p> <p>c)</p>																		
<p>7. Sila gambarkan keadaan terkini pesakit. <i>Please describe patient's current condition.</i></p>																			

BAHAGIAN D – SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS (SLE)

<p>1. Adakah Pesakit menghidapi penyakit Systemic Lupus Erythematosus (SLE)? <i>Is the Patient is currently suffering from Systemic Lupus Erythematosus (SLE)?</i></p> <p>a) Jika Ya, sila tandakan jenis klasifikasi penyakit ini <i>If Yes, please tick the classification type for this illness.</i></p> <p>b) Jika tidak, sila nyatakan sebarang alasan: <i>If no, please state your reason:</i></p>	<p>Ya/Yes <input type="checkbox"/> Tidak/No <input type="checkbox"/></p> <p>a) <u>Jenis/ Type</u> <u>Ya/ Yes</u> <u>Tidak/No</u></p> <p>i) Class I (Minimal Change) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>ii) Class II (Mesangial) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>iii) Class III (Focal Segmental) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>iv) Class IV (Diffuse Glomerulonephritis) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>v) Class V (Membranous) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>vi) Discoid Lupus <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>vii) Lain-lain (Sila nyatakan) : <i>Other (Please specify)</i></p> <p>b)</p>
<p>2. a) Sila Nyatakan tarikh penyakit ini disahkan? <i>Please state the date of diagnosis</i></p> <p>b) Butiran doktor yang mengesahkan penyakit ini. <i>Doctor's details who confirmed the diagnosis.</i></p> <p>c) Adakah doktor tersebut adalah Pakar Nefrologi atau yang bersesuaian dengannya? <i>Is the abovementioned doctor is Nefrologist Specialist or any doctor with equivalent position?</i></p>	<p>a)</p> <p>b)</p> <p>c)</p>

3. Adakah biopsi telah dilakukan? Jika ya, sila berikan maklumat mengenai laporan Histopatologi.
Had any biopsies have been performed? Is so, please give details of histopathology report.

4. a) Adakah Penyakit ini melibatkan organ dalaman pesakit?
Does this disease involve the patient's internal organ?

b) Jika Ya, sila tandakan bahagian yang tersebut.
If Yes, please tick the involved part.

a) Ya/Yes Tidak/No

b) Bahagian/Part Ya/ Yes Tidak/No

i) Hati/ Heart

ii) Buah Pinggang/ Kidney

iii) Sistem Saraf/
Central Nervous System

iv) Lain-lain (Sila nyatakan) :
Other (Please specify)

PENGESAHAN RAWATAN
TREATMENT CERTIFICATION

Saya kini mengesahkan bahawa pemeriksaan telah dijalankan oleh saya sendiri terhadap pesakit ini bagi tuntutan Keilatan Kekal dan Menyeluruh (KKM) pada tarikh _____ (hh/bb/tttt) dan ulasan-ulasan di atas telah menjelaskan penilaian perubatan saya terhadap keadaannya.

I hereby certify that I have personally examined the patient for the above TPD assessment on _____ (dd/mm/yyyy) and that the facts as stated above represent my medical opinion of his / her condition.

Tandatangan / *Signature* : _____

Nama / *Name* : _____
(Didalam Huruf Besar/ *In block capital*)

Kelayakan / *Qualification* : _____

Tarikh / *Date* : _____

Cop Rasmi / *Official Stamp*

Nota/ Notes:

Kami berbesar hati sekiranya anda dapat melampirkan salinan laporan dari mana-mana pakar atau hospital, bersama dengan apa-apa ujian, bacaan, atau bukti-bukti yang berkenaan bagi menyokong kesahihan tuntutan pesakit anda.
We would be most grateful if you could send copies of any specialist or hospital reports, together with any tests, readings, or similar evidence to support the validity of your patient's claim.

Sekiranya terdapat apa-apa percanggahan atau ketidakselarian di antara sebarang kandungan dokumen ini dengan kandungan suatu versi dokumen ini yang dikeluarkan atau dicetak dalam Bahasa Inggeris, kandungan dokumen yang telah dikeluarkan atau dicetak dalam Bahasa Inggeris akan diberi keutamaan.
If there is any conflict or inconsistency between any of the contents of this document and the contents of a version of this same document issued or printed in any other language, the contents of this document issued and printed in the English Language shall prevail.