

MEDICAL ATTENDANT'S REPORT ON TOTAL PERMANENT DISABILITY CLAIM / LAPORAN PEGAWAI PERUBATAN DI ATAS TUNTUTAN HILANG UPAYA MENYELURUH DAN KEKAL

Note: / Nota:

To be completed by registered medical practitioner at claimant's own expense. / Untuk diisi oleh pegawai perubatan berdaftar atas perbelanjaan sendiri pihak yang menuntut.

Instructions: This form is to be completed by the attending physician. / Arahan: Borang ini hendaklah diisi oleh pegawai perubatan yang merawat orang yang diinsurans:-

- Please read thoroughly and answer all questions and mark the appropriate box on all sides of the form. If the space provided is insufficient, please use additional paper and indicate the question number. / Sila baca dengan teliti, kemudian jawab semula soalan-soalan dengan menandakan kotak yang sesuai di semua halaman borang. Jika ruang tidak mencukupi, sila gunakan kertas tambahan dan tuliskan nombor soalan.**
- Please write 'Not Applicable' to the questions which are not relevant or not applicable and delete the appropriate word marked " * " / Sila tuliskan "Tiada" pada soalan yang tidak berkaitan dan potong perkataan yang bertanda " * " yang sesuai sahaja.**

SECTION A: LIFE ASSURED/PATIENT DETAILS / SEKSYEN A: MAKLUMAT ORANG YANG DIINSURANS/PESAKIT

Full name of life assured / Nama penuh orang yang diinsuranskan

NRIC number (new) / Nombor kad pengenalan (baru)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Other identification number / Nombor pengenalan lain

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Gender / Jantina

☐ **Male / Lelaki**
☐ **Female / Perempuan**

Date of birth / Tarikh lahir

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Age / Umur

years / tahun

Are you the patients usual physician? If yes, for how long? / Adakah anda doktor tetap pesakit? Jika ya, sudah berapa lama?

☐ **Yes / Ya**
☐ **No / Tidak**
 years / tahun

Has the patient been admitted to hospital or treated/consulted by other doctor(s) prior to your consultation for the same illness/injury? If 'Yes', to answer question a, b, c, d and e. / Adakah pesakit pernah dimasukkan ke hospital atau menerima rawatan/nasihat daripada doktor yang lain sebelum berjumpa anda untuk penyakit/kecederaan yang sama? Jika 'ya' sila jawab soalan a, b, c, d dan e.

☐ **Yes / Ya**
☐ **No / Tidak**

a. Date first consulted/treated / Tarikh pertama kali diberi nasihat dirawat

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

b. Date admitted / Tarikh masuk hospital

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

c. Date discharged / Tarikh keluar hospital

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

d. Name of hospital/clinic / Nama hospital/klinik

--

e. Name of doctor / Nama doktor

--

SECTION B: HISTORY & DIAGNOSIS / SEKSYEN B: LATAR BELAKANG & DIAGNOSIS

1. To be completed if disability was caused by ACCIDENT / Untuk dilengkapkan jika hilang upaya disebabkan oleh KEMALANGAN

a. Date of accident / Tarikh kemalangan

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

b. Time of accident / Waktu kemalangan

--

c. Place of accident / Tempat kemalangan

--

d. Nature of accident / Jenis kemalangan

--

e. When did the patient first consult you on the accident? / Bilakah pertama kali anda merawat pesakit untuk kemalangan ini?

--

f. What were the extent of the injuries? / Apakah tahap kecederaan yang dialami?

--

g. Was any part of the body amputated? If yes, state which part of the body. / Adakah mana-mana anggota badan melibatkan pemotongan? Jika ya, sila nyatakan bahagian anggota badan.

☐ **Yes / Ya**
☐ **No / Tidak**

Part of the body amputated: / Bahagian anggota badan yang dipotong:

--

h. Was the patient under the influence of alcohol/drugs? / Adakah pesakit dibawah pengaruh alkohol/dadah?

☐ **Yes / Ya**
☐ **No / Tidak**

a. **Date when symptoms first appeared.** / *Tarikh bila simptom-simpton mula terjadi.*

b. Symptoms and complaint presented by patient. / *Simptom-simptom dan aduan yang dinyatakan oleh pesakit.*

c. Date of first consultation. / Tarikh rundingan rawatan pertama.

d. Clinical and physical findings during first consultation. / *Keputusan klinikal dan fizikal semasa rundingan pertama.*

e. **Date the patient was first informed of the diagnosis.** / *Tarikh pertama diagnosis diberitahu kepada pesakit.*

f. **What was the diagnosis and how was the diagnosis concluded? What tests were conducted? / Apakah yang didiagnosis dan bagaimana diagnosis dicapai? Apakah ujian-ujian yang dijalankan?**

g. How long has the patient been suffering from the illness or related conditions? / Berapa lamakah pesakit sudah mengalami penyakit ini atau yang seumpamanya?

h. If the patient was referred from a clinic or hospital, please state: / Jika pesakit dirujuk dari klinik atau hospital lain, sila nyatakan:

i) Name of physician / Nama pakar

ii) Name and address of clinic/hospital / Nama dan alamat klinik/hospital

i. **Have you any knowledge of the patient suffering from other illnesses or related conditions? Please specify the illness or condition and when it was diagnosed. / Adakah anda mengetahui apa-apa tentang pesakit menghidapi penyakit lain atau keadaan yang berkaitan? Sila nyatakan penyakit atau keadaan tersebut dan bila ia diadiagnosis?**

j. **Date when the patient was first absent from work due to the condition.** / *Tarikh pesakit mula tidak berkerja akibat keadaan tersebut.*

We would be grateful to receive copies of any relevant hospital reports which are available. / Kami amat berbesar hati sekiranya dapat salinan sebarang laporan hospital yang berkenaan.

Date/Period / Tarikh/jangka masa	Details of treatment / Butiran rawatan	Investigation/Special procedures / Penyasatan/Prosedur-prosedur khas

SECTION C: CURRENT HEALTH CONDITION OF PATIENT / SEKSYEN C: TAHAP KESIHATAN PESAKIT SEKARANG

1. **Current state of disability.** / *Tahap hilang upaya pesakit.*

☐ **Recovered** / *Sudah baik* ☐ **Improved** / *Semakin baik* ☐ **Not improved** / *Tiada perubahan* ☐ **Deteriorating** / *Semakin teruk*

2. **Current state of mobility.** / *Keadaan pergerakan semasa.*

☐ **Ambulatory** / *Ambulatori* ☐ **Home confined** / *Terbatas di rumah* ☐ **Bed confined** / *Terbatas di katil* ☐ **Hospital confined** / *Terbatas di hospital*

3. **Please describe the patient's current physical or mental impairment.** / *Sila nyatakan keadaan fizikal atau mental pesakit pada masa sekarang.*

	Yes / Ya	No / Tidak	If 'Yes', please give details. / Jika 'Ya', sila berikan butiran terperinci
4. Is the patient suffering from the following: / <i>Adakah pesakit mengalami keadaan seperti berikut:</i>			
a) Total and irrecoverable loss of use of the right eye and the left eye. / <i>Hilang keupayaan yang menyeluruh pada mata kanan dan kiri.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b) Total and irrecoverable loss of use of any two limbs at or above the wrist or ankle? / <i>Hilang keupayaan yang menyeluruh pada mana-mana dua anggota badan pada atau di atas pergelangan tangan atau buku lali?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c) Total and irrecoverable loss of use of one eye and any one limb at or above the wrist or ankle? / <i>Hilang keupayaan yang menyeluruh pada satu mata dan mana-mana satu anggota badan pada atau di atas pergelangan tangan atau buku lali?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. **To what extent can the patient use his/her hand?** / *Sejauh manakah pesakit boleh menggunakan tangannya?*

	Right hand / Tangan kanan	Left hand / Tangan kiri
Simple grasping / <i>Genggaman mudah</i>		
Fine manipulation / <i>Manipulasi yang mudah</i>		
Forearm rotation movement / <i>Pergerakan lengan</i>		
Power grip / <i>Kuasa menggenggam</i>		
Pushing/Pulling / <i>Menolak/Menarik</i>		

6. **Please describe the patient's power of limbs (reading from 0 to 5).** / *Sila nyatakan kekuatan anggota badan pesakit (bacaan dan 0 hingga 5).*

0 - No power / *Tiada kekuatan langsung* **5 - Full power** / *Kekuatan yang penuh*
☐ **Right upper limb** / *Anggota kanan bahagian atas* ☐ **Right lower limb** / *Anggota kanan bahagian bawah* ☐ **Left upper limb** / *Anggota kiri bahagian atas* ☐ **Left lower limb** / *Anggota kiri bahagian bawah*

Please describe the patient's current physical or mental impairment. / Sila nyatakan keadaan fizikal atau mental pesakit pada masa sekarang.	Yes / Ya	No / Tidak	Please elaborate further if the answer is 'Yes' / Sila berikah butiran yang lebih lanjut jika jawapan adalah 'Ya'
7. Will the disability prevent the patient from returning to work and attend to his/her existing occupation immediately? / <i>Adakah hilang upaya ini akan menghalang pesakit daripada kembali bekerja dan melakukan pekerjaannya yang sedia ada dengan segera?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8. Will the disability prevent the patient from returning to work and to any form of occupation? If 'No', please answer the following questions: / <i>Adakah hilang upaya ini akan menghalang pesakit daripada kembali bekerja dan melakukan sebarang bentuk pekerjaan? Jika 'Tidak', sila jawab soalan berikut:</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
i) Describe the nature of the recommended occupation. / <i>Nyatakan keadaan pekerjaan yang sesuai</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
ii) Will the patient be able to attend to his/her existing occupation in the future? If 'Yes', please indicate when. / <i>Adakah pesakit boleh menjalankan pekerjaan yang sedia ada pada masa hadapan? Jika 'Ya', sila nyatakan bila.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Has the patient returned to work and attended to any from of occupation? If 'Yes', when? / <i>Adakah pesakit sudah kembali bekerja dan melakukan sebarang bentuk pekerjaan? Jika 'Ya', bila?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

10. **To what extent does the patient's disability prevent him/her from performing all the normal duties of his/her usual occupation?** / *Sehingga tahap manakah hilang upaya pesakit menghalang beliau daripada melakukan kerja yang biasa dilakukan di dalam pekerjaannya?*

11. **In your opinion, if he/she is unable to return to his/her usual occupation, can he/she engage in other type of occupation which is reasonable by education, training and experience?** / *Mengikut pandangan anda, jika beliau tidak dapat melakukan pekerjaan asalnya, adakah beliau boleh melakukan kerja lain yang sepadan dengan kelayakannya, latihannya dan pengalamannya?*

12. **Please indicate how much longer the disability will last (eg. permanently or specific period, indicate the length/date).** / *Sila nyatakan berapa lamakah hilang upaya ini akan dialaminya (contohnya: selama-lamanya atau tempoh tertentu, nyatakan jangka masa/tarikh).*

☐ **Permanently** / *Selama-lamanya* ☐ **Temporary** / *Separa* **Duration/Date** / *Tempoh/Tarikh*

13. How do you assess the patient's degree of limitation in performing the following activities? / Bagaimanakah anda menilai kemampuan pesakit melakukan aktiviti-aktiviti seperti di bawah?

Activities / Aktiviti-aktiviti	Not limited / Tidak terhad	Mildly limited / Sedikit terhad	Moderately limited / Sederhana terhad	Severely limited / Sangat terhad	Incapable / Tiada upaya
Sight/Vision / Daya penglihatan					
Hearing/Sound / Daya pendengaran					
Reasoning/Mental faculty / Daya pemikiran					
Speech / Percakapan					
Standing / Berdiri					
Sitting / Berduduk					
Walking / Berjalan					
Changing posture / Mengubah posisi badan					
Bending / Membengkok					
Driving / Memandu					
Squatting / Mencangkung					
Kneeling / Melutut					
Climbing stairs / Menaiki tangga					
Working with both hands / Berkerja dengan menggunakan kedua-dua belah tangan					
Lifting/Carrying / Mengangkat/Membawa					
Eating / Makan					
Bathing / Mandi					
Dressing / Memakai pakaian					
Using the lavatory / Menggunakan tandas					
Reach above the shoulders / Mencapai bahu keatas					
Walk on uneven surface / Berjalan di atas tanah yang tidak rata					
Inability to move in/out of chair / Ketidakupayaan untuk bergerak masuk/keluar dari kerusi					

14. Please indicate whether the patient is able to perform the following activities of daily living: / Sila nyatakan samada pesakit boleh melakukan aktiviti-aktiviti kegiatan harian seperti berikut:

Activities of daily living / Aktiviti-aktiviti kegiatan harian	Can the activities of daily living be done without requiring assistance of another person? If no, please elaborate further the type of assistance required under the remarks column. / Adakah aktiviti-aktiviti kegiatan harian boleh dilakukan tanpa memerlukan bantuan orang lain? Jika tidak, sila terangkan jenis bantuan yang diperlukan di dalam kolom catatan.	Remarks / Catatan
a) Transfer - getting in and out of a chair without requiring physical assistance. / Pengalihan - berkeupayaan untuk bangun dan duduk dari kerusi tanpa memerlukan bantuan fizikal.	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	
b) Mobility - the ability to move from room to room without requiring any physical assistance. / Pergerakan - berkeupayaan untuk bergerak dari bilik ke bilik tanpa memerlukan sebarang bantuan fizikal.	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	
c) Continence - to ability to voluntarily control bowel and bladder functions such as to maintain a satisfactory level of personal hygiene / Buang air/penggunaan tandas - berkeupayaan untuk mengawal fungsi sistem pembuangan air besar dan kecil secara semulajadi untuk menjaga kebersihan diri.	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	
d) Dressing - putting on and taking off all necessary items of clothing without requiring assistance of another person. / Berpakaian - berkeupayaan untuk memakai dan menanggalkan pakaian yang perlu tanpa memerlukan bantuan orang lain.	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	
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 means. / Mandi/Membasuh - berkeupayaan untuk mandi atau membersihkan diri (termasuklah kemampuan masuk dan keluar untuk mandi) dan membersihkan diri dengan cara-cara lain.	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	
f) Eating - all tasks of getting food into the body once it has been prepared. / Makan - semua usaha untuk memasukkan makanan yang telah disediakan ke dalam tubuh badan.	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak	

15. If there is any further information that in your opinion will assist us in assessing this claim, please provide details. / Sekiranya terdapat maklumat lanjut, yang pada pendapat anda dapat membantu kami menilai tuntutan ini, sila nyatakan terperinci.

SECTION D: ATTENDING PHYSICIAN'S CERTIFICATION / SEKSYEN D: PERAKUAN PENGAWAI PERUBATAN

I hereby certify that I was the doctor in attendance of the life assured for the above-mentioned illness/disability and that the foregoing answers are true and correct to the best of my knowledge and belief. / Saya dengan ini mengesahkan bahawa, saya adalah doktor yang merawat orang yang diinsuranskan untuk penyakit/ ketidakupayaan yang tersebut di atas dan jawapan-jawapan sebelum ini adalah benar dan betul sepanjang pengetahuan dan kepercayaan saya.

Name of medical attendant / Nama pegawai perubatan

[illegible]

Qualifications / Kelayakan

[illegible]**Hospital/Clinic / Hospital/Klinik**[illegible]**Address / Alamat**[illegible][illegible]

															Postcode /			
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------	--	--	--

Postcode /
Poskod

Office phone number / Nombor telefon pejabat

			-							
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

Mobile number / Nombor telefon bimbit

			-									
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature of medical attendant /
Tandatangan pegawai perubatan

Date / Tarikh

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Hospital/Clinic stamp /
Cop hospital/klinik

INTENTIONALLY LEFT BLANK