

**STROK  
STROKE**

**SOAL SELIDIK PERUBATAN SULIT** (untuk diisi oleh doktor)  
**CONFIDENTIAL MEDICAL QUESTIONNAIRE** (to be completed by the doctor)

Nama \_\_\_\_\_ No. Sijil \_\_\_\_\_  
Name \_\_\_\_\_ Certificate \_\_\_\_\_  
Tarikh Lahir \_\_\_\_\_ .No.K/P \_\_\_\_\_  
Date of Birth \_\_\_\_\_ I/C No. \_\_\_\_\_

Orang yang dinamakan di atas dilindungi oleh ZURICH TAKAFUL MALAYSIA BERHAD terhadap kejadian-kejadian luar jangkaan tertentu yang berlaku berkaitan dengan kesihatannya. Satu tuntutan telah dikemukakan berkaitan dengan Strok dan, untuk membolehkan kami menilai tuntutan tersebut, kami berharap agar pihak tuan/puan dapat melengkapkan laporan sulit ini dan mengembalikannya terus kepada kami di alamat berikut:

*The above-named is covered with ZURICH TAKAFUL MALAYSIA BERHAD against the happening of certain contingent events associated with his / her health. A claim has been submitted in connect/on with Stroke and, to enable us to assess the claim, we should be obliged if you would complete this confidential report and return it direct to us at the following address :-*

**ZURICH TAKAFUL MALAYSIA BERHAD**  
(200601012246)  
JABATAN TUNTUTAN KELUARGA & PERKHIDMATAN PERUBATAN  
FAMILY CLAIM DEPARTMENT & MEDICAL SERVICES  
Level 23A, Mercu 3, No 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur

Untuk membolehkan tuntutan ini diterima sebagai sah, pentafsiran berikut mestilah dipenuhi:  
*In order for the claim to be valid the following definition must be fulfilled:-*

STROK. Ini ditakrifkan sebagai sebarang kejadian serebrovaskular yang menyebabkan kesan buruk neurologi yang kekal selama lebih daripada dua puluh empat (24) jam dan termasuk infarksi tisu otak, pendarahan dan penyekatan saluran darah akibat daripada punca luar tempurung dengan bukti gangguan neurofizikal yang kekal.

*STROKE. This is defined as any cerebrovascular incident producing neurological sequelae lasting more than twenty four (24) hours and including infarction of brain tissue, haemorrhage or embolisation from an extra cranial source with evidence of permanent neurophysical deficit.*

1. AM  
GENERAL

- (i) Adakah anda pakar perubatan yang biasa merawat Orang Yang Dilindungi? Ya Tidak  
*Are you the Person Covered's regular medical practitioner?* Yes No  
( ) ( )

Jika "Ya", sudah berapa lamakah anda menyimpan rekod perubatannya?

*If "Yes", since when?* \_\_\_\_\_

- (ii) Bilakah kali pertama anda membuat pemeriksaan berkaitan dengan penyakit ini dan, pada ketika itu, sudah berapa lamakah simptom-simpptomnya dialami?  
*When did you first examine the patient for the related illness and how long had the symptoms been present?*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Jika "Ya", sila berikan tarikh pemeriksaan dan diagnosis yang dibuat.  
*If "Yes", please give date of consultations and the resulting diagnosis.*

---

(iv) Bilakah Orang Yang Dilindungi mula menyedari tentang penyakit ini?  
*When did the Person Covered first aware of the disease?*

---

(v) Adakah terdapat apa-apa dalam sejarah keluarga Orang Yang Dilindungi yang mungkin meningkatkan risiko strok?  
*Is there anything in the Person Covered's family history would have increased the risk of stroke?*

---

(vi) Sila berikan butir-butir mengenai tabiat Orang Yang Dilindungi berhubung dengan menghisap rokok.  
*Please give details of the Person Covered's smoking habit.*

---

2. BUTIR-BUTIR PENYAKIT ORANG YANG DILINDUNGI;  
*DETAILS OF THE PERSON COVERED'S ILLNESS;*

(i) Sila berikan butir-butir diagnosis yang penuh dan tepat.  
*Please provide full and exact detail of the diagnosis.*

---

(ii) Sila huraikan mengenai kejadian yang pertama:  
*Please describe the initial episode:*

(a) Bentuk kejadian  
*Nature of episode*

---

(b) Tarikh \_\_\_\_\_  
*Date*

(c) Tempoh simptom teruk  
*Duration of chronic symptoms*

---

(d) Tarikh Orang Yang Dilindungi dapat melakukan semula kegiatan normal dan/atau kekurangan keupayaan semasa - fizikal dan mental.  
*Date of return to normal activities and/or the Person Covered's present limitations - physical and mental.*

---

(iii) (a) Sila berikan pendapat mengenai sebarang kesan buruk neurolojikal yang kekal selama lebih daripada 24 jam.  
*Please comment on any neurological sequelae which lasted more than 24 hours.*

---

(b) Adakah kesan buruk ini berkekalan?  
*Are these sequelae permanent?*

---

(iv) Adakah berlaku infarksi tisu otak, pendarahan dan penyekatan saluran darah akibat daripada punca luar tempurung?  
*Has there been an infarction of brain tissue, haemorrhage of embolisation from an extra cranial source?*

---

(v) Sila berikan alamat penuh mana-mana hospital di mana Orang Yang Dilindungi telah dirujuk bersama dengan nama-nama penasihat yang merawatnya.  
*Please provide the full address of any hospitals to which the Person Covered has been referred, together with the names of the consultant(s) attended.*

---

---

(vi) Sila berikan butir-butir pemeriksaan radiologi, imbasan CT atau pengimejan NM dan bukti makmal serta sebarang ujian lain.  
*Please supply details of radiological, CT scanning or NM imaging and laboratory evidence as well as any other tests.*

---

---

Salinan sebarang laporan hospital yang berkaitan, jika ada, sangat dihargai  
*We would be grateful for copies of any relevant hospital reports that are available*

(vii) Sila berikan nama dan alamat mana-mana pengamal perubatan lain yang pada pengetahuan anda pernah merawat Orang Yang Dilindungi dalam tempoh tiga tahun kebelakangan ini  
*Please provide names and addresses of any other medical practitioner attended to the patient for the past three years.*

---

---

---

3. Jika terdapat sebarang maklumat selanjutnya, yang pada pendapat anda, boleh membantu kami dalam menilai tuntutan ini, sila catatkan maklumat tersebut di bawah:  
*If there is any further information which in your opinion will assist us in assessing the claim, please furnish below*

---

---

---

TANDATANGAN \_\_\_\_\_ NAMA \_\_\_\_\_  
SIGNATURE NAME

NAMA KLINIK \_\_\_\_\_ KELAYAKAN \_\_\_\_\_  
NAME OF CLINIC QUALIFICATION

TARIKH \_\_\_\_\_ NO. TELEFON \_\_\_\_\_  
DATE TELEPHONE NO.