

Epilepsy Questionnaire

Pertanyaan Penyakit Sawan

To be completed by attending Doctor
(Untuk dilengkapkan oleh Doktor yang merawat)

Name : _____ Policy Number : _____	
We would appreciate if you could kindly complete this questionnaire <i>Kami amat menghargai sekiranya tuan/puan dapat melengkapkan daftar pertanyaan ini</i>	
(1) Date of first consultation at your clinic for epilepsy. <i>Tarikh pertama kali beliau hadir ke klinik tuan untuk rawatan serangan sawan.</i>	
(2) Date of onset of epilepsy. <i>Tarikh pertama kali penyakit sawan beliau dikenal pasti.</i>	
(3) Nature and frequency of epileptic attacks. <i>Bagaimanakah keadaan dan kekerapan serangan sawan tersebut.</i>	
(4) Type of epilepsy. <i>Jenis Penyakit Sawan.</i>	
(5) Date of last attack. <i>Tarikh terakhir serangan terjadi.</i>	
(6) Have there been any episodes of status epilepticus. If so please indicate date. <i>Adakah sebelum ini terdapat serangan yang berstatus epilepticus Sekiranya ada sila nyatakan tarikh lanya berlaku</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
(7) Please state the medication and dosage of treatment given to control his/her epilepsy. <i>Sila nyatakan rawatan ubatan dan dos yang diberikan untuk mengawal penyakit sawan beliau</i>	
(8) Is the epilepsy well controlled? <i>Adakah penyakit sawan tersebut dapat dikawal sepenuhnya</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
(9) Does the above named follow up with you for his/her epilepsy regularly? <i>Adakah beliau sering menjalani rawatan lanjut untuk penyakit sawan beliau?</i>	<input type="checkbox"/> Yes / Ya <input type="checkbox"/> No / Tidak
(10) Please give the date and results of any electroencephalogram carried out. <i>Sila berikan tarikh dan keputusan sfasatan electroencePhatogram yang dilakukan.</i>	
(11) Are there any other relevant facts (e.g. consumption of alcohol) which might have a bearing in his/her insurability? If so please state full details. <i>Adakah ada fakta relevan yang lain (cth minum minuman keras) yang mungkin akan membantu kami menilai risiko insurans beliau. Sekiranya ada sila bell ulasan lanjut.</i>	



<p>This report has been prepared By:- <i>Laporan ini telah disediakan oleh:-</i></p> <p>Signature of Doctor : _____ <i>Tandatangan Doktor</i></p> <p>Dated : _____ <i>Tarikh</i></p>	<p>Clinic Rubber Stamp <i>Cop Rasmi Klinik</i> :</p> <p>Telephone No. <i>No. Telefon</i> : _____</p>
<p>KINDLY RETURN THIS FORM IN A SEALED ENVELOPE TO THE UNDERWRITER OF OUR COMPANY SO AS TO MAINTAIN CONFIDENTIALITY OF THE INFORMATION THAT YOU HAVE PROVIDED.</p> <p>SILA KEMBALIKAN BORANG INI DALAM SAMPUL SURAT YANG DIGAM KEPADA PENGUNDERAAIT PIHAK SYARIKAT BAGI MENJAMIN KERAHSIAAN MAKLUMAT YANG TELAH ANDA BERIKAN.</p>	

NB/EpilepsyQuestionnaireDoctor/V2.0/2020