



Zurich Life Insurance Malaysia Berhad

Registration No. 196801000442 (8029-A)

Level 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia

Tel: 03-2109 6000 Fax: 03-2109 6888 Call Centre: 1-300-888-622

Soal Selidik Tumor – Pakar Perubatan

Tumour Questionnaire - Physician

No. Permohonan:

Application No.:

Tarikh:

Date:

Nama Penuh:

Full Name:

Dalam usaha membuat penilaian pengunderaitan yang saksama adalah penting, bagi banyak tumor, untuk memberikan maklumat terperinci seperti yang diminta di bawah. Anda mungkin merasakan ia adalah lebih mudah untuk menghantar salinan laporan patologi tumor dan keputusan kajian susulan dan siasatan.

In order to make an equitable underwriting assessment it is necessary, for many tumours, to have detailed information as requested below. You may find it more convenient to send copies of the tumour pathology reports and the results of follow-up reviews and investigation.

1) Apakah diagnosis gangguan tumor atau kanser yang dihidapi oleh pesakit anda?/ *What was the diagnosis of the tumour or cancer suffered by your patient?*

2) Bilakah diagnosis dilakukan?/ *When was this diagnosis made?*

3) Apakah tempat atau organ yang terlibat?/ *What was the site or organ involved?*

4) Apakah jenis histologi?/ *What was the histological type?*

5) Apakah gred tumor?/ *What was the grade of the tumour?*

	Ya Yes	Tidak No
6) (i) Sila berikan butiran perkembangan tumor./ <i>Please provide details of the staging of the tumour:</i>		
a. Adakah ia <i>in situ</i> , iaitu tiada invasi stroma?/ <i>Was it in situ, i.e. no stromal invasion?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b. Adakah ia setempat sepenuhnya pada tisu atau organ asal?/ *Was it completely localized to the tissue or organ of origin?*

c. Adakah berlaku invasi ke tisu berhampiran? Jika YA, sila nyatakan yang mana./ *Was there invasion of adjacent tissues? If YES, please state which.*

d. Adakah terdapat penglibatan nodus limfatik sekitaran? Jika YA, sila nyatakan tempat dan bilangan nodus terlibat.
Was there involvement of regional lymph nodes? If YES, please state site(s) and number of nodes involved.

e. Adakah terdapat metatstasis berjarak? Jika YA, sila nyatakan di mana.
Were there distant metastases? If YES, please state where.

(ii) Sila nyatakan juga saiz tumor utama./ *Please also indicate the size of the primary tumours.*

(iii) Sila nyatakan peringkat oleh TNM atau pengelasan tumor tertentu, contoh: Ann Arbor:
Please provide the staging by the TNM or specific tumour classification, e.g. Ann Arbour:

7) Sila berikan butiran jenis-jenis rawatan./ *Please give details of the type(s) of treatment:*
a. Pembedahan. / *Surgery.*
Jika YA, adakah tumor dikeluarkan sepenuhnya? Sila berikan tarikh dan butiran pembedahan.
If YES, was the tumour completely excised? Please give date and details of operation.

b. Iradiasi./ *Irradiation.*
Sila berikan tarikh dan butiran bahagian yang dirawat./ *Please give dates and details of fields treated.*

c. Kemoterapi./ *Chemotherapy.*
Sila berikan tarikh dan butiran ubatan yang digunakan./ *Please give dates and details of drugs used.*

d. Terapi endokrin./ *Endocrine therapy*

Sila berikan tarikh dan butiran ejen yang digunakan./ *Please give dates and details of agents used.*

8) Adakah berlaku sebarang perulangan atau berlaku semula? Jika ya, sila berikan butiran:
Has there been any recurrence or relapse? If so, please give details of:

a. Tarikh/ *Date:*

b. Bahagian/ *Site(s):*

c. Rawatan/ *Treatment:*

9) Sila berikan nama dan alamat perunding/hospital pesakit hadir untuk susulan, dan tarikh kehadiran yang lepas.
Please provide the name and address of the consultant/ hospital your patient attends for follow-up, and the date of the last attendance.

10) Sila berikan butiran sebarang ujian darah berkaitan atau siasatan lain yang boleh membantu untuk menunjukkan prognosis, contoh: tahap PSA pasca kanser prostat.
Please give details of any relevant blood tests or other investigations which may help to indicate prognosis, e.g. PSA levels post prostate cancer.

11) Adakah pesakit secara klinikal bebas dari penyakit tumor?
Is the patient clinically disease-free of the tumour?

Tandatangan Pakar Perubatan:
Signature of Physician:

Tarikh:
Date:

Sila tambahkan cop klinik
Please add clinic stamp