**บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)**
**OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED**
สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารโอเชี่ยนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กทม. 10110
www.ocean.co.th E-Mail: info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1503 โทรสาร 0 2207 8822

ใบรับรองความเห็นแพทย์

**โรคความดันเลือดสูงของเส้นเลือดแดงในชนิดปฐมภูมิ**

ผู้ป่วย : นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ _____ชื่อ_____ นามสกุล _____ HN: _____

หมายเลขบัตรประชาชน : ☐ ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐ ☐ อายุ _____ปี AN: _____

แพทย์ผู้รักษาซึ่งออกรายงานฉบับนี้ ต้องเป็นแพทย์ปริญญาและมีใบประกอบวิชาชีพ โปรดระบุรายละเอียดการรักษาทุกข้อ ไม่ควรเว้นว่างในคำถาม กรณีที่ไม่มีคำตอบให้เขียนว่า " NO " หรือ " - " แทนคำตอบหรือ Unknown ทั้งนี้ เพื่อให้ข้อมูลนั้นครบสมบูรณ์(หากมีค่าธรรมเนียม ผู้เอาประกันเป็นผู้รับผิดชอบ)

กล้ามเนื้อหัวใจตายครั้งแรกจากการขาดเลือด(First Heart Attack)

1. What was the extent of the Pulmonary Hypertension.
   1.1 Was there dyspnea and fatigue?: ( ) Yes ( ) No
   1.2 Was there increase left atrail pressure of at least 20 units or more?: ( ) Yes ( ) No
   1.3 Was there pulmonary resistance of at least 3 units above normal?: ( ) Yes ( ) No
   1.4 Was there pulmonary artery pressure of at least 40 mmHg?: ( ) Yes ( ) No
   1.5 Was pulmonary wedge pressure of at least 6 mmHg?: ( ) Yes ( ) No
   1.6 Was there right ventricular end-diastolic pressure of at least 8 mmHg?: ( ) Yes ( ) No
   1.7 Were there right ventricular hypertrophy, dilatation and sign of right heart failure and decompensation?: ( ) Yes ( ) No
   1.8 What was the patient functional class according to New York Heart Association of cardiac impairment?: _____
   _____

2. In your medical poinion, what was the cause of the pulmonary arterial hypertension?:
   _____
   _____

3. Investigation/Laboratory report
   3.1 Was the HIV test performed?:
   ( ) No ( ) Yes If "Yes", please give result_____(DD/MM/YY)_____
   3.2 Please enclose copies of all reports that are available:
   ☐ HIV test ☐ X-rays ☐ Lung scan ☐ Pulmonary function studies ☐ Echocardiograms/Ultrasound
   ☐ Resting ECGs ☐ Any relevant laboratory evidence ☐ Any relevant hospital reports ☐ Cardiac Catheterization

4. Please state if the insured has suffered/been treated for any other illness(es)/complaints other than the Critical Illness.
   _____
   _____

5. If there any further information which in your opinion will assist us in assessing this claim, please furnish such information below.
   _____
   _____

**To be completed by Attending Physician**

I hereby certify that I have personally examined and treated the insured in connection to the above disability and that the facts are in my opinion as given above.

Name of Doctor_____ Signature_____

Qualification_____ Specialty_____Thailand's Medical registration_____

Name of Hospital/Official Stamp Telephone No_____ Date_____

ข้อควรทราบ ผู้ใดในการประกอบการงานวิชาแพทย์ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้นั้นกระทำความผิดทางอาญาตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจักต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง