



# บริษัท ไทยสมุทรประกันชีวิต จำกัด (มหาชน)

## OCEAN LIFE INSURANCE PUBLIC COMPANY LIMITED

สำนักงานใหญ่ 170/74-83 อาคารไอเซียนทาวเวอร์ 1 ถนนรัชดาภิเษก เขตคลองเตย กทม. 10110  
www.ocean.co.th E-Mail: info@ocean.co.th ศูนย์ลูกค้าสัมพันธ์ โทร. 1503 โทรสาร 0 2207 8822

ใบรับรองความเห็นแพทย์

โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรังขั้นรุนแรง/โรคปอดระยะสุดท้าย

ผู้ป่วย : นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ \_\_\_\_\_ ชื่อ \_\_\_\_\_ นามสกุล \_\_\_\_\_ HN: \_\_\_\_\_

หมายเลขบัตรประชาชน : [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] อายุ \_\_\_\_\_ ปี AN: \_\_\_\_\_

### Details of Insured's illness

1. Date first saw the patient for this illness \_\_\_\_\_ Present illness \_\_\_\_\_

2. Chief complaint/Clinical finding (Symptom & signs) \_\_\_\_\_

3. Diagnosis illness \_\_\_\_\_ Stage \_\_\_\_\_ (ICD10) \_\_\_\_\_

4. Please describe the extent of the disease.

4.1 What was the insured chronic lung disease?: ( ) No ( ) Yes Select  Obstructive pulmonary disease  End stage lung disease  
Other \_\_\_\_\_

4.2 What was the etiological agent?:  Genes  Exposure to tobacco smoke  Exposure to occupational dust  Respiratory infection  
 Drug / Substance abuse  Other \_\_\_\_\_

4.3 Was the patient need oxygen therapy treatment?: ( ) No ( ) Yes O<sub>2</sub>Sat \_\_\_\_\_ %

4.4 What was the oxygen treatment?:  Oxygen canular \_\_\_\_\_ L/min  Oxygen mask with bag \_\_\_\_\_ L/min  Respirator  
 Other \_\_\_\_\_

How long the patient need oxygen therapy?: \_\_\_\_\_ Hours; \_\_\_\_\_ Days; \_\_\_\_\_ Month; \_\_\_\_\_ Years

### 5. Investigation / Laboratory report

5.1 Result of Arterial blood gases at first time diaxnosis:  Room air  Respiratory  
pH \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ mmHg PO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ mmHg HCO<sub>3</sub> \_\_\_\_\_ mEq/L Oxygen saturation \_\_\_\_\_ %

5.2 Result of Arterial blood gases in present treatment:  Room air  Respiratory  
pH \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ mmHg PO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ mmHg HCO<sub>3</sub> \_\_\_\_\_ mEq/L Oxygen saturation \_\_\_\_\_ %

5.3 Result of Pulmonary function test  
Slow vital capacity(SVC) \_\_\_\_\_ L. Forced vital capacity(FVC) \_\_\_\_\_ ml. Forced expiratory volume in 1 second(FEV<sub>1</sub>) \_\_\_\_\_ ml.  
FEV1/FVC \_\_\_\_\_ % Maximal mid expiratory flow(MMEF) \_\_\_\_\_ L/min Maximal voluntary ventilation(MVV) \_\_\_\_\_ L/min

5.4 Respirator setting: \_\_\_\_\_

5.5 X-ray: \_\_\_\_\_ CT / MRI done ( ) No ( ) Yes \_\_\_\_\_

5.6 Other investigation: \_\_\_\_\_

5.7 Anti-HIV test: ( ) No ( ) Yes if "Yes" please give result \_\_\_\_\_ DD/MM/YY \_\_\_\_\_

5.8 Please enclose copies of all reports that are available:  Arterial blood gases  Pulmonary function test  Respirator setting  X-ray  
 HIV test  CT scan / Chest scan  MRI  Electrocardiogram  Echocardiography  Any relevant reports \_\_\_\_\_

6. Prognosis: ( ) Excellent ( ) Good ( ) Fair ( ) Poor Need follow up \_\_\_\_\_

7. Could the illness be recover?: ( ) No ( ) Yes for \_\_\_\_\_ Hours/ Days/ Months/ Years

8. Please state if the insured has suffered/ been treated for any other illness(es) /complaints other than the Critical illness:  
\_\_\_\_\_

9. If there are any further information which in your opinion will assist us in assessing this claim, for example, an adverse family history, 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** ผู้ใดในการประกอบกรงานวิชาชีพ ทำคำรับรองหรือเอกสารอันเป็นเท็จ โดยประการที่น่าจะเกิดความเสียหายแก่ผู้อื่น หรือประชาชนผู้หนึ่งกระทำผิดทางอาญา  
ตามประมวลกฎหมายอาญา ซึ่งต้องระวางโทษจำคุกไม่เกิน 2 ปีหรือปรับไม่เกิน 4,000 บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และอีกทั้งจำคุกต้องชดใช้ค่าสินไหมทดแทนในทางแพ่งอีกโสดหนึ่ง