



# الإعادة المالية الخاصة بدعم الحياة في نيو ساوث ويلز

## إقرار طبي

### تفاصيل المريض

	اسم المريض الذي يستخدم المعدات الطبية:
	عنوان المريض:
	رقم هاتف المريض خلال النهار:

أوافق على الكشف عن سجلاتي الطبية المتعلقة بهذا الطلب إلى مكتب OECC إذا طلبها المكتب كجزء من مسؤوليات إشرافه على هذه الإعادة المالية. وقد قرأت إشعار الخصوصية لجمع المعلومات المتعلقة بالإعادة المالية الخاصة بالطاقة.

توقيع المريض: التاريخ:

### تفاصيل الممارس الطبي

يجب إكمال هذا القسم من قبل الممارس الطبي المعالج للمريض.

	اسم الممارس الطبي:
	رقم مقدم الخدمة:
	اسم المكان الذي تمت فيه مراجعة المريض (مستشفى/عيادة/غرفة الطبيب):
	رقم هاتف المكان الذي تمت فيه مراجعة المريض (مستشفى/عيادة/غرفة الطبيب):

### معدات دعم الحياة المعتمدة الموصوفة للمريض

يطلب من الممارس الطبي المعالج للمريض اختيار مربع الاختيار المناسب/مربعات الاختيار المناسبة أدناه. راجع الصفحة 4 للمزيد من المعلومات عن معدات دعم الحياة المعتمدة. ولاستيفاء المعايير المطلوبة للإعادة المالية لدعم الحياة في نيو ساوث ويلز، يجب أن يكون المريض قد تم تقييمه من قبل ممارس طبي مسجل للتحقق من أن استخدام معدات دعم الحياة المعتمدة مطلوب في مكان الإقامة الرئيسي لمقدم الطلب.

## إقرار الممارس الطبي

أشهد أن المريض يحتاج إلى استخدام ما يلي:

وصف إضافي	المعدات	مربع الاختيار
يتم استخدام الآلة بشكل مستمر لمدة 24 ساعة في اليوم	مكثفات الأكسجين (بدوام كامل)	<input type="checkbox"/>
يتم استخدام الآلة أقل من 24 ساعة في اليوم (بدوام جزئي)	مكثفات الأكسجين (بدوام جزئي)	<input type="checkbox"/>
يتم استخدام الآلة بشكل مستمر لمدة 24 ساعة في اليوم	جهاز ضغط مجرى الهواء الإيجابي (بدوام كامل)	<input type="checkbox"/>
يتم استخدام الآلة أقل من 24 ساعة في اليوم (بدوام جزئي)	جهاز ضغط مجرى الهواء الإيجابي (بدوام جزئي)	<input type="checkbox"/>
-	مضخة تغذية معوية	<input type="checkbox"/>
-	مضخة قلب خارجية	<input type="checkbox"/>
-	غسيل الكلى بالمنزل	<input type="checkbox"/>
-	العلاج بالضوء	<input type="checkbox"/>
يجب تصنيف المريض على أنه مصاب بالشلل الرباعي <b>ملاحظة:</b> لا تشمل دراجات السكوتر للتنقل	الكراسي المتحركة الكهربائية	<input type="checkbox"/>
-	مضخة التغذية الوريدية الكاملة	<input type="checkbox"/>
<b>ملاحظة:</b> لا تشمل البخاخات أو المرطبات أو المبخرات	أجهزة تهوية	<input type="checkbox"/>

أقر بأن جميع المعلومات الواردة في هذا الطلب، على حد علمي، صادقة وصحيحة.

أوافق على قيام مكتب OECC بالاتصال بي للتحقق من دقة المعلومات الشخصية والصحية الواردة في هذه الإستمارة.

التاريخ:

توقيع الممارس الطبي:

معدات دعم الحياة المعتمدة

نوع المعدات	أمثلة من المعدات*	الإعانة المالية السنوية
مكثفات الأكسجين (بدوام كامل)	DeVilbiss إلخ	1248,67 دولار (يجب استخدام الآلة بشكل مستمر لمدة 24 ساعة في اليوم)
مكثفات الأكسجين (بدوام جزئي)	DeVilbiss إلخ	742,78 دولار (الآلة قيد الاستخدام لمدة تقل عن 24 ساعة في اليوم)
جهاز ضغط مجرى الهواء الإيجابي (بدوام كامل)	ضغط مجرى الهواء الإيجابي بصورة مستمرة، ضغط مجرى الهواء الإيجابي ثنائي المستوى أو متغير	285,07 دولار (يجب استخدام الآلة بشكل مستمر لمدة 24 ساعة في اليوم)
جهاز ضغط مجرى الهواء الإيجابي (بدوام جزئي)	ضغط مجرى الهواء الإيجابي بصورة مستمرة، ضغط مجرى الهواء الإيجابي ثنائي المستوى أو متغير	144,54 دولار (الآلة قيد الاستخدام لمدة تقل عن 24 ساعة في اليوم)
مضخة تغذية معوية	Kangaroo ePump Companion-Abbott Flexiflow Patrol Enteral مضخة	176,66 دولار
مضخة قلب خارجية	جهاز مساعدة البطين الأيسر	44,17 دولار
غسيل الكلى بالمنزل	آلات غسيل الكلى أو آلات تدوير صفاقي تلقائية - على سبيل المثال: Baxter، Gambro، Fresenius	618,31 دولار
معدات العلاج بالضوء	العلاج بالضوء الأزرق	1477,52 دولار
الكراسي المتحركة الكهربائية للمصابين بالشلل الرباعي ملاحظة: لا تشمل دراجات السكوتر للتنقل	Quickie و Zippie وما إلى ذلك	120,45 دولار
مضخة تغذية وريدية كاملة	مضخة Volumatic مضخة Flowguard	337,26 دولار
أجهزة تهوية ملاحظة: لا تشمل البخاخات أو المرطبات أو المبخرات	سلسلة LTV، Breas، PLV-100 إلخ، Iron Lung	1477,52 دولار

\*تُضمّن قائمة الأسماء التجارية مقابل كل قطعة معدات للعلم فقط، وهي ليست قائمة شاملة.