



یارانه پشتیبانی جانی NSW (Life Support)

اظهاریه پزشکی

مشخصات بیمار

	نام بیماری که دستگاه پشتیبانی زندگی را استفاده می‌کند:
	آدرس بیمار:
	شماره تماس بیمار در طول روز:

با انتشار سوابق پزشکی خود در رابطه با این درخواست، در صورتیکه OECC به عنوان بخشی از مسئولیت شان در اداره این یارانه به آن نیاز داشته باشد، موافقت می‌کنم. من اعلامیه جمع آوری حریم خصوصی یارانه انرژی را خوانده و درک کرده ام.

امضای بیمار: تاریخ:

مشخصات پزشک

این قسمت باید توسط پزشک بیمار پر شود.

	نام پزشک:
	شماره نظام پزشکی:
	نام جایی که بیمار ارزیابی شد (بیمارستان/کلینیک/مطب):
	شماره تلفن جایی که بیمار ارزیابی شد (بیمارستان/کلینیک/مطب):

دستگاه تأیید شده پشتیبانی زندگی که برای بیمار تجویز شده است

پزشک بیمار موظف است کادر/های مربوطه را در زیر انتخاب کند. برای اطلاعات بیشتر در مورد دستگاه های پشتیبانی زندگی تأیید شده به صفحه 4 مراجعه کنید. برای برآورده کردن ضوابط یارانه پشتیبانی زندگی NSW، بیمار باید توسط یک متخصص پزشکی ثبت شده ارزیابی شده باشد تا تأیید شود که استفاده از دستگاه پشتیبانی جانی در محل اصلی زندگی آنها مورد نیاز است.

اظهاریه پزشک

من تأیید می‌کنم که بیمار استفاده از وسیله زیر را نیاز دارد:

توضیح	دستگاه	کادر انتخاب
دستگاه بطور مداوم در 24 ساعت روز استفاده می‌شود	متمرکز کننده اکسیژن (تمام وقت)	<input type="checkbox"/>
دستگاه کمتر از 24 ساعت در روز استفاده می‌شود	متمرکز کننده اکسیژن (پاره وقت)	<input type="checkbox"/>
دستگاه بطور مداوم در 24 ساعت روز استفاده می‌شود	دستگاه فشار مثبت راه هوایی (CPAP) (تمام وقت)	<input type="checkbox"/>
دستگاه کمتر از 24 ساعت در روز استفاده می‌شود	دستگاه فشار مثبت راه هوایی (CPAP) (پاره وقت)	<input type="checkbox"/>
-	پمپ تغذیه داخلی	<input type="checkbox"/>
-	پمپ قلب خارجی	<input type="checkbox"/>
-	دیالیز خانگی	<input type="checkbox"/>
-	فتوتراپی	<input type="checkbox"/>
بیمار باید به عنوان فلج چهار اندام طبقه بندی شود توجه: شامل اسکوترهای تحرک نمی‌شود	صندلی چرخدار برقی	<input type="checkbox"/>
-	پمپ تغذیه کامل تزریقی	<input type="checkbox"/>
توجه: شامل اسکوترهای تحرک نمی‌شود	ونتیلاتورها	<input type="checkbox"/>

من اعلام می‌کنم که تمام اطلاعات ارائه شده در این درخواست، تا جایی که می‌دانم، درست و صحیح است.

من موافقت می‌کنم که OECC برای تأیید صحت اطلاعات شخصی و پزشکی ارائه شده در این فرم با من تماس بگیرد.

تاریخ:

امضای پزشک:

تجهیزات پشتیبانی زندگی تایید شده

نوع دستگاه	نمونه های دستگاه*	یارانه سالانه
متمرکز کننده اکسیژن (تمام وقت)	DeVilbiss و غیره	1248.67 دلار (دستگاه باید به طور مداوم به مدت 24 ساعت در روز استفاده شود)
متمرکز کننده اکسیژن (پاره وقت)	DeVilbiss و غیره	742.78 دلار (دستگاه کمتر از 24 ساعت در روز استفاده می شود)
دستگاه فشار مثبت راه هوایی (CPAP) (تمام وقت)	دستگاه فشار مثبت مداوم راه هوایی، فشار مثبت دوسطحی یا متغیر راه هوایی	285.07 دلار (ماشین باید به طور مداوم به مدت 24 ساعت در روز استفاده شود)
دستگاه فشار مثبت راه هوایی (CPAP) (پاره وقت)	دستگاه فشار مثبت مداوم راه هوایی، فشار مثبت دوسطحی یا متغیر راه هوایی	144.54 دلار (ماشین کمتر از 24 ساعت در روز استفاده می شود)
پمپ تغذیه داخلی	Kangaroo ePump Companion-Abbott Flexiflow Patrol Enteral پمپ داخلی	176.60 دلار
پمپ قلب خارجی	دستگاه کمکی بطن چپ	44.17 دلار
دیالیز خانگی	دستگاه های همودیالیز یا دستگاه دیالیز صفاقی خودکار - به عنوان مثال: Baxter، Gambro، Fresenius	618.31 دلار
دستگاه فتوتراپی	نور درمانی با نور آبی	1477.52 دلار
ویلچر برقی برای افراد فلج چهار اندام توجه: شامل اسکوترهای تحرک نمی شود	Quickie، Zippie و غیره	120.45 دلار
پمپ تغذیه کامل تزریقی	پمپ Volumatic پمپ Flowguard	337.26 دلار
وتیلاتورها توجه: شامل نبولایزر، مرطوب کننده یا بخارساز نمی شود	سری های LTV، Breas، PLV-100 و غیره، Iron Lung	1477.52 دلار

*لیست نام های تجاری در برابر هر دستگاه صرفاً جهت اطلاع درج شده است و جامع نیست.