



新州醫療能源回扣

醫療聲明

患者個人資料

使用生命支持設備患者姓名：	
患者地址：	
患者日間聯絡電話號碼：	

本人同意，如有需要可向OECC發放與此申請相關的醫療記錄，以便部門履行管理此回扣的責任。我已閱讀並瞭解能源回扣隱私收集通知。

患者簽署： 日期：

執業醫師詳情

患者的執業醫師須填寫本部份。

醫師姓名：	
醫療服務提供者編號：	
患者接受評核地點 (醫院/診所)：	
患者接受評核地點電話號碼 (醫院/診所)：	

醫療評估

為符合新州醫療能源回扣的標準，患者必須由已為其診治至少 3 個月的註冊醫療專業人員評估，確認患者：

- 無法自我調節體溫，並且
- 患有病症列表中四種第一類病症的其中一種，以及三種第二類病症的其中一種。

執業醫師聲明

本人證明該患者無法自我調節體溫。我已經診治患者至少 3 個月/該患者已在新州偏遠和區域地區的皇家飛行醫生服務處接受了至少 3 個月的治療，並且患有以下列表中四種第一類病症的其中一種，以及三種第二類病症的其中一種：

合資格的第一類病症(最少選擇一項)	選框
自主神經系統功能障礙(自主神經系統受損，例如嚴重的脊髓損傷、中風、腦損傷和神經退化性疾病)。	<input type="checkbox"/>
皮膚完整性受損或失去出汗能力(例如全身超過 20% 嚴重燒傷、嚴重的炎症性皮膚病和一些罕見的出汗障礙)。	<input type="checkbox"/>
在極端環境溫度下生理功能客觀性降低(例如晚期多發性硬化症)。	<input type="checkbox"/>
對極端環境溫度超敏反應，導致疼痛或其他不適增加或併發症風險增加(例如複雜的局部疼痛綜合症和晚期外週血管疾病)。	<input type="checkbox"/>
合資格的第二類病症(最少選擇一項)	選框
嚴重行動障礙，例如四肢癱瘓或高位截癱，特別是在胸中段(T7)以上，由於交感神經系統失去控制，導致體溫自我調節出現問題。	<input type="checkbox"/>
出汗、心率或血壓的自我調節能力顯著喪失。	<input type="checkbox"/>
在極端環境溫度下，生理功能喪失或臨床狀況顯著惡化。	<input type="checkbox"/>

本人聲明，本申請中提供的所有信息，據本人所知，均屬真實並且正確無誤。

本人同意OECC可與我聯絡，確認此表格中提供的個人和健康信息的準確性。

執業醫師簽署：

日期：