



یارانه انرژی پزشکی NSW

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):

ارزیابی پزشکی

برای برآورده کردن ضوابط یارانه انرژی پزشکی NSW، بیمار باید توسط یک متخصص پزشکی ثبت شده که حداقل 3 ماه او را درمان کرده است، ارزیابی شده و تأیید شود که بیمار:

- در تنظیم دمای بدن خود ناتوان است
- یکی از چهار شرط شایستگی اولیه و یکی از سه شرط شایستگی ثانویه مندرج در جدول را دارا می‌باشد.

اظهاریه پزشک

من گواهی می‌دهم که بیمار قادر به تنظیم خودکار دمای بدن خود نیست. من حداقل 3 ماه است که بیمار را درمان می‌کنم/این بیمار حداقل 3 ماه است که توسط Royal Flying Doctor Service در مناطق دور افتاده و روستایی NSW تحت درمان قرار گرفته است و حداقل یک شرط شایستگی اولیه و یک شرط شایستگی ثانویه را که در این جدول نشان داده شده است برآورده می‌کند.

کادر انتخاب	شرایط شایستگی اولیه (حداقل یکی را انتخاب کنید)
<input type="checkbox"/>	اختلال عملکرد دستگاه عصبی خودمختار (مشکل پزشکی که در آن دستگاه عصبی خودمختار آسیب دیده است، مانند آسیب شدید نخاع، سکنه، آسیب مغزی و اختلالات زوال عصبی).
<input type="checkbox"/>	از دست دادن یکپارچگی پوست یا از دست دادن ظرفیت تعریق (به عنوان مثال سوختگی قابل توجه بیش از 20% بدن، بیماری‌های التهابی شدید پوست و برخی از اشکال نادر تعریق دارای اختلال).
<input type="checkbox"/>	کاهش عینی عملکرد فیزیولوژیکی در دمای شدید محیطی (مانند اسکروزیس چندگانه پیشرفته).
<input type="checkbox"/>	حساسیت مفرط به دمای شدید محیط که منجر به افزایش درد یا ناراحتی دیگر یا افزایش خطر عوارض (مانند سندرم درد منطقه ای پیچیده و بیماری عروق محیطی پیشرفته) می‌شود.
کادر انتخاب	شرایط شایستگی ثانویه (حداقل یکی را انتخاب کنید)
<input type="checkbox"/>	بی‌حرکتی شدید، مانند فلج چهار اندام یا فلج پایین تنه سطح بالا، به‌ویژه بالای سطح میانی قفسه سینه (T7) که منجر به مشکلاتی در خود تنظیمی دمای بدن به دلیل از دست دادن کنترل سیستم عصبی سمپاتیک می‌شود.
<input type="checkbox"/>	کاهش قابل توجه اثبات شده در تنظیم خودکار تعریق، ضربان قلب یا فشار خون.
<input type="checkbox"/>	از دست دادن اثبات شده عملکرد فیزیولوژیکی یا تشدید قابل توجه وضعیت بالینی در دمای شدید محیطی.

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 بهداشتی ارائه شده در این فرم با من تماس بگیرد.

امضای پزشک: _____ تاریخ: _____