

الخطوة 5 يتم استكمالها من قبل ممارس طبي مؤهل

أقر بأن الحالة الطبية لمريض واحتياجاته: (يرجى الطباعة).

الاسم الأول للمريض

الاسم الأخير للمريض

1. يتطلب استخدام جهاز (أجهزة) دعم الحياة† (اختر خيارًا واحدًا).

نعم لا

يتم استخدام جهاز (أجهزة) دعم الحياة التالية في محل إقامة المريض المذكور أعلاه:

الجهاز: _____ بالكهرباء بالغاز

الجهاز: _____ بالكهرباء بالغاز

الجهاز: _____ بالكهرباء بالغاز

† جهاز دعم الحياة المؤهل هو أي جهاز طبي يستخدم للحفاظ على حياة المريض أو جهاز يُعتمد عليه عند تنقل المريض من مكان إلى آخر. يجب تشغيل هذا الجهاز إما بالغاز أو بالكهرباء التي توفرها شركة PG&E PG&E. ويشتمل الجهاز، على سبيل المثال لا الحصر، على أجهزة تنفس (أجهزة توليد أكسجين)، ورتنين اصطناعي، وضغط، وأجهزة غسل الكلى، وأجهزة شفط، وأجهزة كهربائية لتخفيف الأعصاب الكهربائي، ومجسات ومضخات الضغط، وخيمة التنفس بالرداذ (الأيروسول)، والبخاخات التي تعمل بالطاقة الكهربائية الساكنة (الكهروستاتيكية) والموجات فوق الصوتية، والضواغط، وأجهزة التنفس (تنفس المتكامل الموجب المتقطع) IPPB، وأجهزة غسل الكلى والكراسي الآلية المتحركة. الآلية: تتدرج الأجهزة المستخدمة للعلاج وليس لدعم الحياة ضمن الأجهزة غير المؤهلة.

2. يتطلب التدفئة و/أو التبريد:

تتوفر إعنات قياسية من برنامج Medical Baseline للتدفئة و/أو التبريد إذا كان المريض يعاني من الشلل النصفي السفلي، أو الشلل الرباعي، أو الفالج، أو لديه تصلب المتعدد أو تصلب الجلد. تتوفر أيضًا إعنات قياسية من برنامج Medical Baseline إذا كان المريض يعاني من ضعف في جهاز المناعة، أو من مرض يهدد الحياة، أو أي حالة مرضية أخرى تتطلب مزيدًا من التدفئة أو التبريد مما يكون ضروريًا من الناحية الطبية للحفاظ على حياة المريض أو منع تدهور حالته الصحية.

التدفئة الإضافية ضرورية من الناحية الطبية: (اختر إجابة واحدة) نعم لا

التبريد الإضافي ضروري من الناحية الطبية: (اختر إجابة واحدة) نعم لا

3. أقر بأن جهاز (أجهزة) دعم الحياة و/أو التدفئة أو التبريد الإضافي سيكون مطلوبًا لحوالي: (اختر إجابة واحدة).

عدد السنوات: _____ أو بشكل دائم

رقم الهاتف

اسم الممارس الطبي

عنوان العيادة

رمز البريدي

الولاية

المدينة

الرخصة الطبية بالولاية أو رقم الرخصة العسكرية

التاريخ

التوقيع

*يمكن للطبيب المُعتمد - ، وهو الشخص المرخص حسب قانون مبادرة الاعتلال العظمي، - أو للممرضة الممارسة أو لمساعد الطبيب أن يشهد بأهلية المريض إذا كيان لديه حالة مرضية أو مرض يهدد الحياة.

يُرسل طلب التقديم عبر البريد إلى:

PG&E Billing Center
Medical Baseline
P.O. Box 8329
Stockton, CA 95208

نتيجة لمتطلبات توفير مأوى في مكان الحالة إيواء بعض المرضى داخل موقع العلاج بسبب أزمة كوفيد-19 وتغير أولويات الممارس الطبي، يمكن لعملاء شركة PG&E التأكيد بأنفسهم من مدى أهلية حالة كل منهم للتسجيل في برنامج Medical Baseline. لا يلزم توقيع الممارس الطبي المؤهل للتقديم لكن قد يلزم ذلك للحفاظ على الاشتراك في البرنامج لمدة تزيد عن سنة.

المستند الآلي، البيان الأولي، الجزء (أ)