Australian Government
Department of Health and Aged Care

पैलीएटिव केयर स्टेट्स फॉर्म (उपशामक देखभाल स्थिति प्रपत्र)

इस फॉर्म का उपयोग कब करना है

स्वीकृति प्राप्त प्रदाताओं के लिए स्वास्थ्य और वृद्ध देखभाल विभाग (the department) से यह निर्धारण प्राप्त करने के लिए इस फॉर्म का उपयोग करना अनिवार्य है कि कोई व्यक्ति जो **स्थायी (नॉन-रिसपाइट) आवासीय वृद्ध देखभाल में प्रवेश कर रहा है**, वह उपशामक देखभाल की परिस्थिति में है। इसके बाद इस स्थिति वाले व्यक्ति को 'ऑस्ट्रेलियाई राष्ट्रीय वृद्ध देखभाल वर्गीकरण' (Australian National Aged Care Classification) (उपशामक देखभाल के लिए दाखिले) (AN-ACC) का श्रेणी 1 वर्गीकरण प्राप्त होगा।

महत्वपूर्ण जानकारी

एक चिकित्सीय व्यवसायी या नर्स व्यवसायी को इस फॉर्म का भाग B (चिकित्सीय मूल्यांकन) भरना होगा और उन्हें इसे स्थायी (नॉन-रिसपाइट) आवासीय देखभाल प्राप्ति के लिए देखभाल-प्राप्तकर्ता द्वारा आवासीय देखभाल सेवा में दाखिल होने की तारीख से **ज़्यादा से ज़्यादा 3 महीने पहले और दाखिले के बाद 14 दिनों के भीतर** भरना होगा। देखभाल प्राप्तकर्ता जिनका चिकित्सा संबंधी मूल्यांकन इन समय अवधियों के बाहर होता है, हो सकता है कि उपशामक देखभाल परिस्थिति में होने संबंधी उनका मूल्यांकन न किया जा सके।

उपशामक देखभाल परिस्थिति में होने की पात्रता संबंधी आवश्यकताओं के लिए **पृष्ठ 4 और 5** पढ़ें।

इस फॉर्म को पूरा करना

इस फॉर्म की ज़िम्मेदारी स्वीकृति प्राप्त प्रदाता की होती है, जिसमें देखभाल प्राप्त करने वाले की (या अधिकृत प्रतिनिधि की) सहमति लेना, और यह सुनिश्चित करना शामिल होता है कि भाग B/बी (चिकित्सीय मूल्यांकन) को आवश्यक समय अवधि के भीतर पूरा किया गया है। चिकित्सा व्यवसायी या नर्स व्यवसायी उस अनुमोदित (स्वीकृति प्राप्त) प्रदाता का कोई कर्मचारी या कान्ट्रैक्टर नहीं हो सकता। फॉर्म जमा करने से पहले अनुमोदित प्रदाता को यह सुनिश्चित करना होगा कि पात्रता की सभी आवश्यकताएं पूरी होती हैं। अधूरे फॉर्म वापस कर दिए जाएंगे।

डिपार्टमेंट ने उपशामक देखभाल परिस्थिति फॉर्म का विदेशी भाषाओं में अनुवाद करवाया है जिससे देखभाल प्राप्तकर्ताओं को इसमें बताई गई बातों को समझने में मदद मिल सके। हालाँकि, विदेशी भाषा में किए गए अनुवाद Accountability Principles 2014 (जवाबदेही सिद्धांत 2014) की धारा 27 के उद्देश्यों के लिए अनुमोदित फॉर्म नहीं हैं। डिपार्टमेंट की यह आवश्यकता है कि अनुमोदित प्रदाता और देखभाल प्राप्तकर्ता, फॉर्म का मूल अंग्रेज़ी संस्करण ही पूरा करें।

जब तक अन्यथा न कहा गया हो, सभी प्रश्न अनिवार्य हैं। आप इस फॉर्म को अपने कंप्यूटर पर एडोब एक्रोबेट रीडर का उपयोग करके पूरा कर सकते हैं, या आप इसे प्रिंट कर सकते हैं। यदि आपके पास प्रिन्ट किया गया फॉर्म है तो:

- काले या नीले पेन (कलम) का प्रयोग करें
- बड़े अक्षरों में लिखें।

इस फॉर्म को वापस भेजना

वृद्ध देखभाल दाखिला रिकॉर्ड (Aged care entry record) के माध्यम से देखभाल प्राप्तकर्ता के दाखिले की सूचना दिए जाने के 14 दिनों के भीतर, इस फॉर्म को माई एजड केयर सेवा प्रदाता पोर्टल में उपशामक देखभाल आवेदन के साथ संलग्न करके वापस भेजें।

इस फॉर्म या हमारी गोपनीयता नीति के बारे में और अधिक जानने के लिए हमें (02) 6289 1555 पर फ़ोन करें या 1800 020 103 पर निःशुल्क फ़ोन मिलाएं, ANACCOperations@health.gov.au पर ईमेल करें या www.health.gov.au/about-us/contact-us/general-enquiries पर ऑनलाइन पूछताछ फॉर्म भरें।

भाग ए/A

देखभाल प्राप्तकर्ता के विवरण

1. देखभाल प्राप्तकर्ता का नाम:

पहला/ले नाम (First Name/s):

उपनाम (Last Name):

2. जन्म तिथि:

3. लिंग

☐ पुरुष ☐ महिला

☐ कोई अन्य

4. देखभाल प्राप्तकर्ता पहचानपत्र या एजड केयर गेटवे आईडी:

5. मेडिकेयर कार्ड नंबर:

6. डीवीए/DVA कार्ड नंबर (यदि लागू हो):

उपशामक देखभाल परिस्थिति की आवश्यकताएँ

7. क्या चिकित्सीय मूल्यांकन (इस फॉर्म का भाग बी), स्थायी (नॉन-रिसपाइट) आवासीय देखभाल प्राप्ति के लिए देखभाल प्राप्तकर्ता के आवासीय देखभाल सेवा में दाखिल होने की तारीख से **ज़्यादा से ज़्यादा 3 महीने पहले, और दाखिले के बाद अधिकतम 14 दिनों के भीतर भरा गया है?**

☐ हाँ। **प्रश्न 8 पर जाएँ**

☐ नहीं, देखभाल प्राप्तकर्ता की उपशामक देखभाल परिस्थिति का **मूल्यांकन नहीं किया जा सकता**। फॉर्म यहीं समाप्त होता है।

8. क्या पात्रता की सभी आवश्यकताएं पूरी हो गई हैं?

☐ हाँ। **प्रश्न 9 पर जाएँ**

☐ नहीं, देखभाल प्राप्तकर्ता उपशामक देखभाल परिस्थिति के लिए **पात्र नहीं** है। फॉर्म यहीं समाप्त होता है।

9. स्थायी (नॉन-रिसपाइट) देखभाल में प्रवेश करने की तिथि:

उपशामक देखभाल परिस्थिति में होने की पात्रता संबंधी आवश्यकताओं के लिए **पृष्ठ 4 और 5** पढ़ें।

देखभाल प्राप्तकर्ता की सहमति

गोपनीयता और आपकी व्यक्तिगत जानकारी

गोपनीयता अधिनियम 1988 और ऑस्ट्रेलियाई गोपनीयता सिद्धांतों समेत, आपकी व्यक्तिगत जानकारी कानून द्वारा संरक्षित है। डिपार्टमेंट द्वारा इस फॉर्म से एकत्र की जाने वाली व्यक्तिगत जानकारी का प्रमुख उद्देश्य, आवासीय वृद्ध देखभाल में प्रवेश करने वाले व्यक्तियों की उपशामक देखभाल परिस्थिति निर्धारित करना होता है।

डिपार्टमेंट इस फॉर्म में एकत्र की गई जानकारी को उस आवासीय वृद्ध देखभाल सेवा के चिकित्सा व्यवसायियों, नर्स व्यवसायियों और कर्मचारियों के साथ साझा कर सकता है जहां वह व्यक्ति रहता है या रहने का इरादा रखता है, ताकि उस व्यक्ति की परिस्थितियों और आवश्यकताओं के अनुरूप देखभाल प्रदान की जा सके, जिसमें वृद्ध देखभाल अधिनियम 1997 के तहत आवश्यक धन का उपयोग भी शामिल है।

आवासीय वृद्ध देखभाल सेवा प्रदाता को अपनी व्यक्तिगत/संवेदनशील जानकारी प्रदान करके, आप डिपार्टमेंट (स्वास्थ्य और वृद्ध देखभाल विभाग) को, ऊपर बताए गए उद्देश्यों के लिए प्रदाता से आपके बारे में जानकारी एकत्रित करने के लिए अपनी सहमति दे रहे हैं।

चिकित्सा व्यवसायी, नर्स व्यवसायी और वृद्ध देखभाल सेवा प्रदाता, जो इस फॉर्म में मौजूद व्यक्तिगत जानकारी एकत्र कर सकते हैं, वे भी गोपनीयता दायित्वों के अधीन हैं।

मैं स्वीकार करता/ती हूँ कि मैंने इस फॉर्म में बताई गई बातों को पढ़ लिया है या वह मुझे समझा दी गई है तथा मैं इस फॉर्म में उल्लिखित आवासीय वृद्ध देखभाल सेवा में उपशामक देखभाल प्राप्त करने के लिए सहमति देता/ती हूँ।

पूरा नाम:

देखभाल प्राप्तकर्ता से क्या संबंध है (किसी एक पर निशान लगाएं):

- ☐ देखभाल प्राप्तकर्ता
- ☐ अधिकृत प्रतिनिधि

हस्ताक्षर:

तिथि:

आवासीय वृद्ध देखभाल प्रदाता द्वारा घोषणा

सेवा NAPS आईडी:

आवासीय वृद्ध देखभाल सेवा का नाम:

आवासीय वृद्ध देखभाल सेवा का पता:

आवासीय वृद्ध देखभाल सेवा फ़ोन नंबर:

स्वीकृत प्रदाता का ईमेल पता:

- मैं **घोषणा करता/ती हूँ** कि संबंधित व्यक्ति ने आवासीय वृद्ध देखभाल सेवा में प्रवेश किया है, तथा उसे योजनाबद्ध रूप से ऐसी उपशामक देखभाल प्रदान की जाएगी जो वृद्ध देखभाल गुणवत्ता के मानकों के अनुरूप हो और वर्तमान की सर्वोत्तम कार्यप्रणालियों के अनुसार हो।
- मैंने इस दस्तावेज़ के **पृष्ठ 4 और 5** पर बताई गई AN-ACC उपशामक देखभाल परिस्थिति की आवश्यकताओं को **पढ़ और समझ लिया** है, और पुष्टि करता/ती हूँ कि देखभाल प्राप्तकर्ता की आयु-संभाविता और उपशामक देखभाल की ज़रूरतें, उपशामक देखभाल स्थिति की पात्रता के अनुकूल हैं।
- मैं **सहमत** हूँ कि यदि अनुरोध किया जाए तो मैं स्वास्थ्य और वृद्ध देखभाल विभाग के सचिव को देखभाल प्राप्तकर्ता की आवश्यकताओं के अनुरूप गुणवत्तायुक्त उपशामक देखभाल की योजना और वितरण से संबंधित दस्तावेज़ उपलब्ध कराऊंगा/गी।
- मैं **घोषणा** करता/ती हूँ कि उपशामक देखभाल स्थिति फॉर्म के भाग ए/A में दर्ज जानकारी सत्य और सही है।

पूरा नाम:

पद:

हस्ताक्षर:

तिथि:

भाग बी/B
चिकित्सा मूल्यांकन

10. मरीज़ का पूरा नाम:

पहला/ले नाम (First Name/s):

उपनाम (Last Name):

11. चिकित्सा मूल्यांकन:
मरीज़ की जीवित रहने की अनुमानित संभावना कितनी है (महीनों में)?

मरीज़ का AKPS स्कोर क्या है?
(पृष्ठ 4 पर बताया गया AKPS स्केल देखें)

चिकित्सा व्यवसायी या नर्स व्यवसायी के विवरण

12. प्रैक्टिस के विवरण (प्रदाता की स्टाम्प वैद्य मानी जाएगी):

प्रैक्टिस का नाम और पता:

संपर्क फ़ोन नंबर:

ईमेल का पता:

13. ऑस्ट्रेलियाई स्वास्थ्य व्यवसायी विनियमन एजेंसी पहचान संख्या
(Australian Health Practitioner Regulation Agency ID number):

14. मेडीकेयर प्रदाता संख्या:

15. व्यवसायी का प्रकार (किसी एक पर टिक लगाएं):

☐ चिकित्सा व्यवसायी

☐ नर्स व्यवसायी

चिकित्सा व्यवसायी या नर्स व्यवसायी के हस्ताक्षर

16. इस फॉर्म के भाग बी/B पर रोगी की देखभाल के लिए ज़िम्मेदार व्यवसायी या नर्स व्यवसायी द्वारा हस्ताक्षर किया जाना आवश्यक है।

मूल्यांकन की तिथि:

चिकित्सा व्यवसायी या नर्स व्यवसायी का पूरा नाम:

हस्ताक्षर:

तिथि:

उपशामक देखभाल स्थिति (स्टेटस) विशेष रूप से उन व्यक्तियों के लिए है जिनकी **अनुमानित जीवन प्रत्याशा 3 महीने या उससे कम है और AKPS स्कोर 40 या उससे कम है**, जो योजनाबद्ध की गई उपशामक देखभाल प्राप्त करने के उद्देश्य से स्थायी आवासीय देखभाल में दाखिल होते हैं।

डिपार्टमेंट द्वारा इस चिकित्सीय मूल्यांकन का उपयोग, उपशामक देखभाल स्थिति के बारे में निर्णय लेने के लिए किया जाता है। यदि Class 1 (श्रेणी 1) की आवश्यकताएं पूरी नहीं होती हैं और डिपार्टमेंट उपशामक देखभाल स्थिति के अनुरोध को अस्वीकार कर देता है, तो उस व्यक्ति को सामान्य AN-ACC मूल्यांकन के लिए भेज दिया जाएगा ताकि उनका उपयुक्त AN-ACC वर्गीकरण निर्धारित किया जा सके।

फॉर्म के इस भाग में किसी भी संशोधन पर मेडिकल व्यवसायी या नर्स व्यवसायी के हस्ताक्षर होने आवश्यक हैं।

उपशामक देखभाल स्थिति पात्रता की आवश्यकताएँ

परिचय

AN-ACC वित्तपोषण मॉडल में 13 परिवर्तनशील (केस-मिक्स) वित्तपोषण श्रेणियाँ शामिल हैं, जो प्रत्येक श्रेणी में देखभाल प्राप्तकर्ताओं की विभिन्न देखभाल आवश्यकताओं को दर्शाती हैं, जिसमें श्रेणी 1 और श्रेणी 13, सबसे अधिक परिवर्तनशील वित्तपोषण श्रेणियों का प्रतिनिधित्व करती हैं।

AN-ACC श्रेणी 1 'उपशामक देखभाल के लिए दाखिल किया जाए' यह मानता है कि **उपशामक देखभाल स्थिति** वाले व्यक्ति जो योजनाबद्ध की गई उपशामक देखभाल प्राप्त करने के उद्देश्य से आवासीय वृद्ध देखभाल में प्रवेश करते हैं, वे चिकित्सकीय पहलू से अलग होते हैं और उनकी देखभाल की आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए अत्याधिक अतिरिक्त संसाधनों की आवश्यकता होती है। इससे इस बात की आवश्यकता भी नहीं रह जाती कि ऐसे व्यक्ति, इस बात के निर्धारण किए जाने के लिए किसी सामान्य AN-ACC मूल्यांकन प्रक्रिया से गुज़रें, कि उनकी उचित AN-ACC श्रेणी क्या होगी और उनकी देखभाल के लिए अनुमोदित प्रदाता को किस स्तर का वित्तपोषण प्राप्त होगा।

यह फॉर्म **आवासीय वृद्ध देखभाल में प्रवेश करने वाले** व्यक्तियों के लिए है, न कि उन मौजूदा देखभाल प्राप्तकर्ताओं के लिए जिनके स्वास्थ्य में समय के साथ-साथ गिरावट होती जाती है और जिन्हें उपशामक देखभाल और/या जीवन के अंत की देखभाल की आवश्यकता है। यदि कोई मौजूदा स्थायी (गैर-श्रेणित 1) देखभाल प्राप्तकर्ता, आवासीय वृद्ध देखभाल सेवा में प्रवेश करने के बाद उपशामक हो जाता है, तो प्रदाता उस देखभाल प्राप्तकर्ता के पुन: वर्गीकरण किए जाने का अनुरोध कर सकता है, जिससे पुन: वर्गीकरण के अनुरोध किए जाने की तिथि से, उनकी AN-ACC श्रेणी और वित्तीय सहायता निर्धारित करने के लिए एक नए मूल्यांकन की प्रक्रिया शुरू हो जाएगी।

उपशामक देखभाल स्थिति और AN-ACC श्रेणी 1 वित्तपोषण के लिए पात्रता

विभाग के किसी अधिकारी द्वारा यह निर्धारित करने के लिए कि क्या कोई देखभाल प्राप्तकर्ता उपशामक देखभाल की स्थिति में है, AN-ACC श्रेणी 1 वर्गीकरण का है और वित्तपोषित है, निम्नलिखित सभी शर्तें पूरी होनी आवश्यक हैं:

- देखभाल प्राप्तकर्ता ने उपशामक देखभाल के रूप में नॉन-रिसपाइट देखभाल प्राप्त करने के लिए आवासीय देखभाल सेवा में प्रवेश किया हो
- चिकित्सीय मूल्यांकन, देखभाल प्राप्तकर्ता के आवासीय देखभाल सेवा में दाखिल होने की तारीख से **ज़्यादा 3 महीने पहले, और दाखिले के बाद अधिकतम 14 दिनों के भीतर** पूरा किया गया है
- चिकित्सा मूल्यांकन में देखभाल प्राप्तकर्ता की जीवित रहने की संभावना का अनुमान शामिल हो, जो देखभाल प्राप्तकर्ता द्वारा प्रवेश करने के दिन, 3 महीने या उससे कम हो
- चिकित्सा मूल्यांकन में 'ऑस्ट्रेलिया-संशोधित कार्नोफस्की प्रदर्शन स्थिति' (Australia-modified Karnofsky Performance Status) (AKPS) का स्कोर 40 या उससे कम हो (नीचे AKPS स्केल देखें)।

यदि उपशामक देखभाल स्थिति के लिए पात्रता की आवश्यकताएं पूरी नहीं हुई हैं (उदाहरण के लिए, देखभाल प्राप्तकर्ता का AKPS स्कोर 50 है), तो दाखिले की साधारण प्रक्रियाएं लागू होंगी। इस प्रक्रिया में देखभाल प्राप्तकर्ता को सामान्य AN-ACC मूल्यांकन के लिए रैफ़र करना शामिल है, ताकि उनका उपयुक्त AN-ACC वर्गीकरण निर्धारित किया जा सके।

चिकित्सा मूल्यांकन की आवश्यकताएं

चिकित्सा मूल्यांकन या तो किसी ऐसे चिकित्सीय व्यवसायी या नर्स व्यवसायी द्वारा किया जाना चाहिए जो आवासीय वृद्ध देखभाल सेवा से निष्पक्ष हो (वहाँ का कान्ट्रैक्टर या कर्मचारी न हो) और अपने कार्यक्षेत्र के भीतर कार्य कर रहा हो, तथा इस फॉर्म के भाग बी/B में इसे दर्ज किया गया हो।

AKPS स्केल

AKPS समग्र रूप से, किसी व्यक्ति की कुछ कर पाने की क्षमता की स्थिति या अपने दैनिक जीवन की गतिविधियों को कर पाने की क्षमता का एक माप होता है। AKPS व्यक्ति की क्षमता को गतिविधि, काम और स्व-देखभाल के आयामों में मापता है।

100 का AKPS स्कोर दर्शाता है कि शारीरिक क्षमताएं सामान्य हैं और बीमारी का कोई सबूत नहीं है। घटती संख्या दैनिक जीवन की गतिविधियां करने की कम होती क्षमता को दर्शाती है।

100	सामान्य है; कोई शिकायत नहीं है; किसी बीमारी का कोई सबूत नहीं	50	अत्यधिक सहायता और चिकित्सीय देखभाल की बार-बार आवश्यकता पड़ती है
90	सामान्य गतिविधियां करने में सक्षम; बीमारी के मामूली संकेत या लक्षण हैं	40	50% से अधिक समय बिस्तर पर बिताते हैं
80	कोशिश के साथ सामान्य गतिविधियां कर पाते हैं; रोग के कुछ संकेत या लक्षण हैं	30	लगभग पूरी तरह से ही बिस्तर पर हैं
70	स्वयं की देखभाल करते हैं लेकिन किसी सक्रिय कार्य को करने में असमर्थ हैं	20	पूरी तरह से बिस्तर पर है और पेशेवरों और/या परिवार द्वारा व्यापक रूप से नर्सिंग देखभाल की आवश्यकता पड़ती है
60	अधिकांश आवश्यकताओं के लिए देखभाल करने में सक्षम लेकिन कभी-कभी सहायता की आवश्यकता होती है	10	कोमा में है या मुश्किल से होश में होते हैं

उपशामक देखभाल स्थिति की पात्रता संबंधी आवश्यकताएँ (जारी है)

उपशामक देखभाल स्थिति फॉर्म (Palliative Care Status Form) को पूरा करने और जमा करने की ज़िम्मेदारी किसकी है?
पूर्ण रूप से भरे गए उपशामक देखभाल स्थिति फॉर्म को डिपार्टमेंट के पास जमा करवाने की सम्पूर्ण ज़िम्मेदारी, अनुमोदित (स्वीकृति प्राप्त) प्रदाता की होती है।

इस फॉर्म को जमा करते समय, अनुमोदित प्रदाता को यह सुनिश्चित करना चाहिए कि:

- सभी अनिवार्य प्रश्नों का उत्तर दिया गया है
- फॉर्म में दी गई जानकारी **उपशामक देखभाल स्थिति के लिए सभी पात्रता आवश्यकताओं को पूरा करती है**
- **देखभाल प्राप्तकर्ता** या उनके अधिकृत प्रतिनिधि की सहमति प्राप्त कर ली गई है और इस फॉर्म के भाग ए/A में दर्ज कर ली गई है
- भाग बी/B को **चिकित्सक या नर्स व्यवसायी** द्वारा पूर्ण रूप से पूरा किया गया है, जो किए गए चिकित्सा मूल्यांकन पर आधारित है, और जो चिकित्सीय मूल्यांकन, स्थायी (नॉन-रिसपाइट) आवासीय देखभाल प्राप्ति के लिए देखभाल प्राप्तकर्ता के आवासीय देखभाल सेवा में दाखिल होने की तारीख से **ज़्यादा से ज़्यादा 3 महीने पहले, और दाखिले के बाद अधिकतम 14 दिनों के भीतर** भरा गया है।

फॉर्म की एक प्रति व्यक्ति और/या उनके अधिकृत प्रतिनिधि को उपलब्ध कराई जानी चाहिए।

सचिव द्वारा अनुरोध किए जाने पर, अनुमोदित प्रदाता के लिए आवश्यक होगा कि अनुरोध किए जाने के 7 दिनों के भीतर, उपशामक देखभाल स्थिति वाले देखभाल प्राप्तकर्ता से संबंधित स्पष्ट जानकारी या दस्तावेज़ उपलब्ध करवाए, जैसा कि जवाबदेही सिद्धांत 2014 (Accountability Principles 2014) की धारा 27ए में उल्लिखित है।

परिभाषाएं

देखभाल प्राप्तकर्ता आईडी या वृद्ध देखभाल गेटवे आईडी	'केयर प्राप्तकर्ता आईडी' एक विशिष्ट पहचान-कारक है जिसका उपयोग किसी व्यक्तिगत देखभाल प्राप्तकर्ता के लिए सब्सिडी और आपूर्ति के दावों में सहायता के रूप में किया जाता है। 'एज्ड केयर गेटवे आईडी', जिसे कभी-कभी 'माई एज्ड केयर आईडी (MAC ID)' भी कहा जाता है, देखभाल प्राप्तकर्ता का एक विशिष्ट माई एज्ड केयर पहचान-कारक है। दोनों ही विशिष्ट पहचान-कारक सर्विसिज़ ऑस्ट्रेलिया एज्ड केयर प्रदाता पोर्टल पर पाए जा सकते हैं।
सेवा NAPS आईडी	राष्ट्रीय अनुमोदित प्रदाता प्रणाली (The National Approved Provider System) (NAPS) सेवा आईडी, किसी सेवा के लागू होने और स्थानों का आवंटन होने के बाद, डिपार्टमेंट द्वारा जारी किया जाने वाला एक पहचान-कारक है।