

H

मेरा स्वास्थ्य पासपोर्ट

H

यदि आप स्वास्थ्यकर्ता हैं जो मेरी मदद करेंगे तो मेरी देखभाल

या उपचार में मदद करने से पहले



कृपया इसे पढ़ें



मेरा पूरा नाम है

मुझे इस नाम से पुकारें

जन्म तिथि

मेरे प्राथमिक चिकित्सक

चिकित्सक का फोन नम्बर

अपना

चित्र

यहाँ

लगाएं !

इस पासपोर्ट में महत्वपूर्ण जानकारी है ताकि जब मैं आपके अस्पताल / क्लिनिक में / रहने आऊँ तो आप मेरा समर्थन बेहतर कर सकते हैं ।

कृपया इसे मेरे अन्य नोट्स के साथ रखें जहाँ इसे आसानी से संदर्भित किया जा सकता है ।

मेरा हस्ताक्षर

दिनांक पूर्ण

मेरे स्वास्थ्य के बारे में इनसे बात कर सकते हैं

फोन नम्बर

संबंध



मेरे साथ संवाद में प्रयोग करें (उदाहरण: भाषा, पसंदीदा भाषा, सांकेतिक भाषा, संचार उपकरण या एड्स, बिना शब्दों के आवाज़, यह भी स्पष्ट करें कि अतिरिक्त समय / समर्थन की जरूरत है अथवा नहीं)



मेरा संक्षिप्त चिकित्सा इतिहास: (अन्य अवस्थाओं को सम्मिलित करें (जैसे दृश्य हानि, श्रवण हानि, मधुमेह, मिर्गी), पिछले ऑपरेशन, बीमारियाँ और अन्य चिकित्सा से संबंधित मुद्दे)

Blank lined area for writing medical history.



जिन दवाओं का सेवन अभी हो रहा है :

Blank lined area for listing current medications.



अपनी दवाएं मैं ऐसे लेना पसंद करता/ती हूँ (जैसे पानी के साथ, भोजन के साथ)

Blank lined area for describing medication preferences.



मुझे निम्नलिखित से एलर्जी है (दवाओं/ खाद्य पदार्थ की सूची जैसे पेनिसिलीन, मूगफली)

Blank lined area for listing allergies.



मैं दर्द ऐसे प्रकट करता/ती हूँ, (कम / ज़्यादा दर्द सेहने की क्षमता पर भी ध्यान रखें)

Blank lined area for describing pain management.



मैं परेशान या व्यथित हूँ, तो मेरी मदद करने का सबसे अच्छा तरीका है (उदाहरण के लिए मेरा पसंदीदा संगीत बजाना)

Blank lined area for describing stress management techniques.



चिकित्सा प्रक्रियाओं का मैं कैसे सामना करता/ती हूँ : (उदाहरण के लिए आम तौर पर निम्नलिखित के लिए मेरी प्रतिक्रिया - इंजेक्शन, आई.वी, शारीरिक परीक्षा, एक्स-रे, ऑक्सीजन थेरेपी, जो प्रोसीजर कभी नहीं हुए या हाल के वर्षों में नहीं अनुभव किए, उनपर भी ध्यान दें)



गतिशीलता संबंधित मेरी आवश्यकताएं (उदाहरण -स्वतंत्र रूप से स्थानांतरण, उपकरणों का प्रयोग, दबाव राहत संबंधित आवश्यकताएं)



मुझे धुलाते और तैयार करते समय आप मेरी सहायता ऐसे कर सकते हैं



पीते समय, आप मेरी सहायता ऐसे कर सकते हैं




खाते समय आप मेरी सहायता ऐसे कर सकते हैं




मेरे पसंदीदा भोजन
और पेय हैं




मैं निम्नलिखित खाना
या पीना पसंद नहीं
करता/ती हूँ



निम्नलिखित के प्रति मैं बहुत संवेदनशील हूँ (विशिष्ट दृश्य, गंध, बनावट/
कपड़े, इत्यादि) जो मुझे बेहद नापसंद हैं -जैसे तेज़ रोशनी, गरजन, ब्लीच,
और एयर फ्रेशनर्स)



समय बिताने के लिए जो मैं करना पसंद करता/ती हूँ



भविष्य में कैसे मेरी अपॉइंटमेंट आप आसान कर सकते हैं (उदाहरण -मुझे
सबसे पहली/आखरी अपॉइंटमेंट दें, अपॉइंटमेंट के लिए अतिरिक्त समय दें, मेरी
अपॉइंटमेंट से पहले मुझे मिलने दें, देखभालकर्ता को मेरी जानकारी दें)



Please Cite this Document as: Perkins, E.A. (2011). My Health Passport for Hospital/Clinic Visits. Florida Center for Inclusive Communities, <http://ffcic.org>.
Development of this material was supported by the Administration on Developmental Disabilities (#90-DD-0668, Fox and Kincaid). For more information visit <http://ffcic.org>

This passport was adapted with permission from the 'About Me—My Hospital Passport' from the Treat Me Right campaign.

