

यहां पर यह फार्म दिया गया जिस में आप घर जाने से पहले आपको जिस जानकारी की ज़रूरत है आप भर सकते हैं। कई बार अस्पताल या डाक्टरों के पास जानकारी के बन्डल या पुस्तिका भी हो सकता है।

अपनी सेहत देखभाल टीम के किसी स्ट्रस्य से पूछें कि क्या उन के पास इस तरह की कोई जानकारी आपके लिए है। →



अपने स्वास्थ्य की देखभाल में शामिल हों। यदि अपनी देखभाल के बारे में आपके कोई प्रश्न या चिन्ताएं हैं तो उसके बारे में बात करें।



अपने स्वास्थ्य की देखभाल करने वाली टीम को अपनी पुरानी बीमारी और अपनी सेहत की आज की हालत के बारे में बतायें।



जब भी आप अस्पताल या अपनी किसी भी डाक्टरी भेंट के लिए जाते हैं तो अपने साथ अपनी सारी दवाईयां ले कर जाएं।



यदि आपको किसी दवाई या खाने से अलर्जी या उसका बुरा असर होता है तो अपनी स्वास्थ्य देखभाल टीम के किसी मैमबर को बतायें।



यदि आप अस्पताल या किसी डाक्टरी भेंट के बाद घर जाते हैं तो निश्चित करें कि आपको पता हो कि आपने घर जा कर क्या करना है।

## मुझे घर जाने से पहले क्या जानने की ज़रूरत है

मेरा नाम: \_\_\_\_\_

तारीख: \_\_\_\_\_

अस्पताल: \_\_\_\_\_

जिस वार्ड या यूनिट में मेरा इलाज हुआ था: \_\_\_\_\_

वह डाक्टर जिन्होंने मेरा इलाज किया था: \_\_\_\_\_

जिस बिमारी के लिए मेरा इलाज किया गया था: \_\_\_\_\_

जो इलाज मुझे दिया गया था: \_\_\_\_\_

घर में मेरी देखभाल के लिए निर्देश: \_\_\_\_\_

मुझे क्या खाना या पीना चाहिए? \_\_\_\_\_

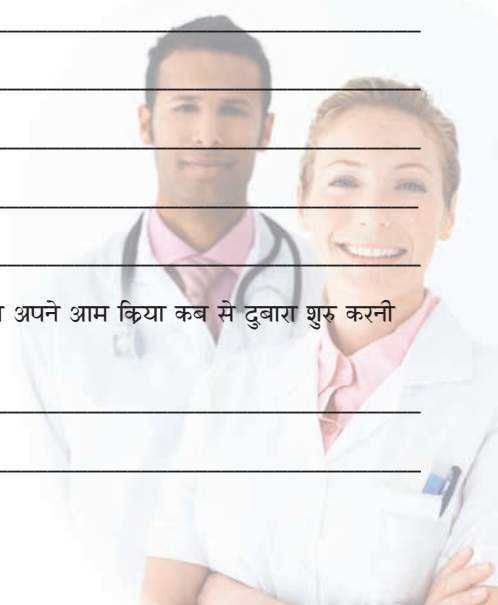
मुझे क्या नहीं खाना या पीना चाहिए?: \_\_\_\_\_

मैं कौन से काम कर सकता/ती हूँ? \_\_\_\_\_

मुझे कौन से काम नहीं करने चाहिए? \_\_\_\_\_

मैं काम पर कब वापिस जा सकता/ती हूँ या मुझे अपने आम क्रिया कब से दुबारा शुरू करनी चाहिए?

जो दवाई मैं ले रहा/ही हूँ उनके नाम: \_\_\_\_\_



दवाई कैसे लेनी चाहिए: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

अगली अपॉइंटमेंटों का समय: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

यदि मेरा कोई प्रश्न या मुझे कोई कठिनाई हो तो फोन करने के लिए नम्बर: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

दूसरी ज़रूरी जानकारी: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

छोटे पर्स के साईज़ के कार्ड को फाड़ लें और  
इस ज़रूरी जानकारी को अपने छोटे पर्स में रख  
लें।

[www.oha.com](http://www.oha.com)

OHIA  
Patient Safety  
Support Service

हम कार्यक्रम को धन दिया गया  
ऑटोरिया के संकेत और लेबल समझ  
की देखभाल मंत्रालय द्वारा

यून की प्रकार: \_\_\_\_\_

टवाई/खाने से अलग: \_\_\_\_\_

फ़ोन नंबर: ( ) \_\_\_\_\_

फ़ोन नंबर का नाम: \_\_\_\_\_

अपने स्वास्थ्य की  
देखभाल में  
शामिल हो

