



Partnership HealthPlan of California

Форма для оценки рисков для здоровья ребенка

Просим вас уделить несколько минут заполнению данной формы, чтобы мы могли узнать о потребностях вашего ребенка в медицинском обслуживании и уходе. Эти ответы помогут наиболее быстро предоставить вашему ребенку надлежащее обслуживание.

Если вы считаете, что вам требуется прием у врача до того, как с вами свяжется представитель плана Partnership, вам следует обратиться к врачу или в больницу.

Если у вас есть вопросы, звоните в Partnership по номеру телефона **(800) 809-1350** с понедельника по пятницу, с 8 а.м. до 5 р.м. Пользователям с нарушениям слуха и пользователям телетайпа следует обратиться по номеру: **(800) 735-2929**.

Просим вас отправить данную заполненную форму в прилагаемом зеленом конверте по адресу:

Partnership HealthPlan of California
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534

Заполнение данной формы является добровольным.

Вам не могут отказать в обслуживании на основании ваших ответов.

Имя и фамилия участника CCS: _____

Дата рождения: _____ ID-номер Medi-Cal: _____

- Кто заполняет данный опросник?
 - Мать Отец Бабушка или дедушка Приемный родитель
 - Участник самостоятельно Другой член семьи: _____
 - Другое лицо: _____

- Какой язык является для вас предпочтительным?
 - Английский Испанский Тагальский Русский Другой: _____

- Испытывает ли ваш ребенок затруднения с любым из перечисленных ниже действий? (Выберите «**Не применимо**», если вы считаете, что другие дети того же возраста также не могут делать этого самостоятельно)

Осуществлять уход за собой, например:			
Есть самостоятельно	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Не применимо
Принимать ванну или душ	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Не применимо
Одеваться	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Не применимо
Ходить в туалет (пользоваться туалетом)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Не применимо
Ходить в туалет вовремя, без случаев недержания	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Не применимо
Выполнять такие физические действия:			
Ходить (способность передвигаться)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Не применимо
Вставать с кровати или со стула (перемещение)	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Не применимо
Подниматься или спускаться по лестнице	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Не применимо
Проявлять самостоятельность:			
Выходить из дома для встреч с родственниками или друзьями	<input type="checkbox"/> Да	<input type="checkbox"/> Нет	<input type="checkbox"/> Не применимо

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------------|
| Ходить в школу или на работу | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Не применимо |
| Записываться на прием к врачу или стоматологу | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Не применимо |
| Пользоваться телефоном, планшетом или компьютером | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Не применимо |
| Другое _____ | <input type="checkbox"/> Да | <input type="checkbox"/> Нет | <input type="checkbox"/> Не применимо |

4. Получает ли ваш ребенок обслуживание или услуги от регионального центра, который предоставляет обслуживание людям с нарушениями развития?

- Да Нет Не уверен(-а)

Как называется центр, который вы посещаете? _____

5. Получает ли ваш ребенок какие-либо из перечисленных ниже услуг? (Отметьте все, что применимо)

- Услуги логопеда
Где вы получаете эти услуги? Дома В школе Через МТР/MTU
 Другое _____
- Физиотерапия
Где вы получаете эти услуги? Дома В школе Через МТР/MTU
 Другое _____
- Восстановительная трудотерапия
Где вы получаете эти услуги? Дома В школе Через МТР/MTU
 Другое _____
- Респираторная терапия
Где вы получаете эти услуги? Дома В школе
 Другое _____
- Услуги квалифицированного медицинского ухода
Где вы получаете эти услуги? Дома В школе Часов/дней в неделю? _____
 Другое _____
- Психотерапия или поведенческая терапия
Где вы получаете эти услуги? Дома В школе
 Другое _____
- Индивидуальный план обучения (ИЕР) или План 504 или иная помощь в обучении?
Что именно? ИЕР 504
 Название школы _____
- Прочие поддерживающие услуги (кратковременный уход, паллиативный уход и т. п.)
Поясните _____

Где вы получаете эти услуги? Дома В школе

Другое _____

6. Как бы вы охарактеризовали состояние здоровья своего ребенка в целом?

Отличное Очень хорошее Хорошее Слабое Плохое

7. Есть ли у вашего ребенка аллергия?

Пищевая (поясните) _____

Внешняя (сезонная, на пыль, загрязнение и т. п.)

(поясните) _____

Лекарственная (поясните) _____

Нет
подтвержденной
аллергии

8. Использует ли ваш ребенок медицинское оборудование (DME) или принадлежности, заказанные в соответствии со специальными потребностями ребенка?

Да (Отметьте все, что применимо)

Очки

Слуховой аппарат

Кохлеарный имплант

Кресло-коляска

Ортодонтические скобы

Ортопедические приспособления

Ходунки

Автомобильное кресло

Кровать

Аппарат ИВЛ / дыхательный аппарат

Кислородные баллоны

Перкуссионный жилет

Инсулиновая помпа / устройство непрерывного мониторинга
глюкозы

Инфузионная помпа / устройство

Помпа для питания/GT/JT/GJT

Другое (укажите) _____

Кто заказал
принадлежности? _____

Дата последнего заказа _____

Кто поставил
принадлежности? _____

Телефон
поставщика: _____

	В настоящее время	В прошлом
Пароксизмальные судороги/эпилепсия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Детский церебральный паралич	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другие неврологические состояния	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Какие именно состояния?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Мышечная дистрофия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Переломы костей	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Сколиоз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другие заболевания костей или мышц	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Какие именно состояния?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Стома/Гастростома/Колостома/Уростома	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Болезнь Крона/Ульцеративный колит	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Глютеновая болезнь	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другие состояния ЖКТ/пищеварительного тракта	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Какие именно состояния?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Серповидноклеточная анемия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Гемофилия	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другие заболевания крови	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Какие именно состояния?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Диабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Нарушения иммунной системы	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Какие именно состояния?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Болезнь почек	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Находится ли ваш ребенок на диализе?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Болезнь печени	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Генетические нарушения, например, синдром Дауна	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Какие именно состояния?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Задержка роста / развития	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Врожденные пороки	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Какие именно состояния?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Недостаток веса / отсутствие прибавки в весе	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Проблемы со слухом	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Проблемы со зрением	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Нарушения речи	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	В настоящее время	В прошлом
Мигрень / головные боли	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Отравления	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другое	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Какие именно состояния?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Требуется ли вашему ребенку специалист для помощи при любом из этих состояний?

- Да
- Для каких именно состояний _____
- Нет, моего ребенка наблюдают специалисты в соответствии с потребностями
- ФИО/Специализация _____
- ФИО/Специализация _____
- ФИО/Специализация _____
- Нет, моему ребенку не требуется специалист для его / ее состояния

16. Укажите поставщиков медицинских услуг вашего ребенка

- ◇ Основной поставщик медицинских услуг (РСП) в вашем районе
- Нет
- Имя и фамилия врача: _____
- Телефон врача: _____
- Дата последнего приема: _____
- Дата следующего приема: _____
- ◇ Специализированный центр
- Неприменимо
- Наименование учреждения: _____
- Номер телефона учреждения: _____
- Дата последнего приема: _____
- Дата следующего приема: _____
- ◇ Регулярное стоматологическое обслуживание
- Нет
- Имя и фамилия врача: _____
- Телефон врача: _____
- Дата последнего приема: _____
- ◇ Регулярное офтальмологическое обслуживание
- Нет
- Имя и фамилия врача: _____

Телефон врача: _____

Дата последнего приема: : _____

◇ Постоянное наблюдение у специалиста по психическому или поведенческому здоровью

Неприменимо

Имя и фамилия врача: _____

Телефон врача: _____

Состояния, для которых ребенок получает лечение: _____

Мой ребенок не наблюдается на регулярной основе ни у кого из врачей

◇ Нужна ли вам помощь в выборе поставщика услуг для вашего ребенка?

Да Нет Не знаю

17. Имеются ли у ребенка состояния, которые послужили причиной пропусков важных дел, учебы или работы в течение последнего года? Если да, поясните:

18. В какое время вам можно позвонить для подробного обсуждения потребностей вашего ребенка? (с понедельника по пятницу, с 7:30 am до 5:30 pm)

Подпись лица,
заполняющего форму: _____ Дата подписания: _____

Благодарим вас за заполнение формы.
КОНФИДЕНЦИАЛЬНО