

# 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.

**Заполнение данной формы является добровольным. Вам не могут отказать в обслуживании на основании ваших ответов.**

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.

**Пожалуйста, отправьте эту заполненную форму по адресу:**

Partnership HealthPlan of California  
c/o Care Coordination  
4665 Business Center Drive  
Fairfield, CA 94534  
Fax: (707) 863-4502

Имя и фамилия участника CCS: \_\_\_\_\_

Дата рождения: \_\_\_\_\_ ID-номер Medi-Cal: \_\_\_\_\_

1. Кто заполняет данный опросник?

Мать  Отец  Бабушка или дедушка  Приемный родитель  Участник самостоятельно

Другой член семьи: \_\_\_\_\_  Другое лицо:

\_\_\_\_\_

2. Какой язык является для вас предпочтительным?

Английский  Испанский  Тагальский  Русский  Другой:

\_\_\_\_\_

3. 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  Да  Нет  Не применимо

Принимать ванну или душ  Да  Нет  Не применимо

Одеваться  Да  Нет  Не применимо

Ходить в туалет (пользоваться туалетом)  Да  Нет  Не применимо

Ходить в туалет вовремя, без случаев недержания

Да  Нет  Не применимо

Выполнять такие физические действия:

Ходить (способность передвигаться)  Да  Нет  Не применимо

Вставать с кровати или со стула (перемещение)

Да  Нет  Не применимо

Подниматься или спускаться по лестнице  Да  Нет  Не применимо

Проявлять самостоятельность:

Выходить из дома для встреч с родственниками или друзьями

Да  Нет  Не применимо

Ходить в школу или на работу

Да  Нет  Не применимо

Записываться на прием к врачу или стоматологу

Да  Нет  Не применимо

Пользоваться телефоном, планшетом или компьютером

Да  Нет  Не применимо

Другое \_\_\_\_\_

Да  Нет  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 (IEP) или План 504 или иная помощь в обучении?

Что именно?

IEP

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: \_\_\_\_\_

9. Укажите текущие сведения о ребенке:

Рост \_\_\_\_\_ Вес \_\_\_\_\_

10. Переносил ли ребенок какие-либо хирургические операции?

Да     Нет     Не знаю

Укажите сведения о каждой операции

Дата или год

---



Наименование препарата/витаминов/добавок	В настоящее время	В прошлом
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Требуется больше места	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Сообщал ли вам кто-либо из медицинских работников о следующих проблемах у вашего ребенка? Для каждой проблемы укажите, имеет ли она место в настоящий момент или была в прошлом.

	В настоящее время	В прошлом
Астма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Кистозный фиброз	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Необходимость вентиляции легких	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другие легочные состояния	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Какие именно состояния?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Врожденный порок сердца	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Шум в сердце	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Другие сердечные состояния	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Какие именно состояния?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>		
Паралич двух/четырех конечностей?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

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

	В настоящее время	В прошлом
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 (PCP) 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**