

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/МТУ

Другое _____

Физиотерапия

Где вы получаете эти услуги?

Дома

В школе

Через МТР/МТУ

Другое _____

Восстановительная трудотерапия

Где вы получаете эти услуги?

Дома

В школе

Через МТР/МТУ

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

Укажите сведения о каждой операции	Дата или год
<input type="checkbox"/> Требуется больше места	

11. Поступал ли ваш ребенок в отделение неотложной помощи в течение последних 6 месяцев?

- Да Нет Не знаю
- i. Сколько раз? _____
- ii. Когда? _____

12. Оставался ли ваш ребенок в больнице хотя бы на одну ночь в течение последних 6 месяцев?

- Да Нет Не знаю
- i. Сколько раз? _____
- ii. Когда? _____

13. Какие лекарства принимает ваш ребенок? Укажите рецептурные, нерецептурные препараты, витамины, растительные добавки и прочие препараты. **Сначала укажите препараты, которые ребенок принимает в настоящий момент, затем — те, которые принимались ранее.**

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

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