

REFERRAL FORM

Please download and save before completion



تفاصيل الطفل:

اسم العائلة:		الاسم الأول (الأسماء الأولى):		يُعرف باسم:	
تاريخ الولادة:		أو يوم الولادة المتوقع إذا لم يولد بعد:		رقم هيئة الخدمات الصحية الوطنية :(NHS)	

الجنس	ذكر:	<input type="checkbox"/>	الهوية الجندرية:	ذكر:	<input type="checkbox"/>
	أنثى:	<input type="checkbox"/>		أنثى:	<input type="checkbox"/>
	متحول جنسيًا:	<input type="checkbox"/>		خارج الثنائية الجندرية:	<input type="checkbox"/>
	غيره:			غيره:	
الديانة/المعتقدات:			الضمان المفضلة:		

عنوان المنزل:	
الرمز البريدي:	
أرقام الهاتف:	

اللغة (اللغات) الأم و/أو وسيلة التواصل المفضلة:	الحاجة إلى وجود مترجم شفهي:	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
---	-----------------------------------	--

الموافقة:

الرجاء التأكيد على أن والديّ الطفل (أو أولئك الذين لديهم المسؤولية الأبوية) قد وافقوا على الإحالة. نعم

الرجاء التأكيد على أن الشاب قد وافق على الإحالة. (إذا انطبق) لا ينطبق لا نعم

هل تتحمل السلطة المحلية المسؤولية الأبوية أو جزءًا منها؟ لا نعم

هل يوافق الطفل/الشاب/الأُسرة على مشاركة سجل الرعاية الصحية الإلكتروني الخاص بهم؟
(يساعد ذلك EACH على مراجعة أحدث المعلومات السريّة حول الطفل أو الشاب) لا نعم

تفاصيل الأسرة الحالية:

الوالد/مقدم الرعاية			
الاسم:	نفس العنوان؟	نعم	<input type="checkbox"/>
		لا	<input type="checkbox"/>
العنوان إذا كان مختلفًا:			
رقم الهاتف:	البريد الإلكتروني:		

الوالد/مقدم الرعاية			
الاسم:	نفس العنوان؟	نعم	<input type="checkbox"/>
		لا	<input type="checkbox"/>
العنوان إذا كان مختلفًا:			
رقم الهاتف:	البريد الإلكتروني:		

الهوية الجندرية:	ذكر:	أنتي:	غيره:
	خارج الثنائية الجندرية:		
	الضمائر المفضلة:		
العلاقة بالطفل:			
هل يعاني من إعاقة؟			
المجموعة العرقية:			
اللغة (اللغات) الأساسية:			
هل هناك حاجة إلى وجود مترجم شفهي؟		نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
هل يمكنه قراءة اللغة الإنجليزية؟		نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
إذا لم يكن الأمر كذلك، فكيف يتواصل؟			
هل لديه مسؤولية أبوية؟		نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
إذا لم يكن الأمر كذلك، فمن لديه مسؤولية أبوية؟			
ما هي بيانات الاتصال بهم؟			

الهوية الجندرية:	ذكر:	أنتي:	غيره:
	خارج الثنائية الجندرية:		
	الضمائر المفضلة:		
العلاقة بالطفل:			
هل يعاني من إعاقة؟			
المجموعة العرقية:			
اللغة (اللغات) الأساسية:			
هل هناك حاجة إلى وجود مترجم شفهي؟		نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
هل يمكنه قراءة اللغة الإنجليزية؟		نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
إذا لم يكن الأمر كذلك، فكيف يتواصل؟			
هل لديه مسؤولية أبوية؟		نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
إذا لم يكن الأمر كذلك، فمن لديه مسؤولية أبوية؟			
ما هي بيانات الاتصال بهم؟			

يرجى الملاحظة:

بصفتك المحيل، أنت تتحمل مسؤولية تقديم أحدث المعلومات السريرية للمساعدة في اتخاذ القرارات بسرعة حول أهلية المريض للحصول على خدمات EACH وتجنب التأخير

التشخيص:

ما هو (أو ماذا كان) التشخيص/التشخيصات؟	
تاريخ التشخيص/التشخيصات:	

الرجاء إدراج المزيد من المعلومات التي تظن أنها مفيدة، مثل الرسائل السريرية و Advance Care Plan (خطة الرعاية المسبقة)، إلخ.	
--	--

من أو ما الذي دفعك إلى توجيه هذه الإحالة إلى EACH؟	
--	--

هل يُحتمل عيش الطفل/الشاب حتى سن الرشد؟:	
ما الذي يفهمه الطفل/الشاب عن تشخيصه/التنبؤ بمسار مرضه:	

مرحلة المرض الحالية - الرجاء وضع علامة على خانة واحدة أدناه	
متوفي <input type="checkbox"/> غير معروف <input type="checkbox"/> حُتَصِر <input type="checkbox"/> متدهور <input type="checkbox"/> غير مستقر <input type="checkbox"/> مستقر <input type="checkbox"/>	
الرجاء الاتصال بنا إذا كنت بحاجة إلى إجابة عاجلة (0808 196 9495)	

هل أُجريت أي نقاشات للتخطيط للرعاية المسبقة؟ إذا كانت الإجابة بنعم، أضيف الوثائق.

هل هناك خطة إنعاش/خطة موجزة موصى بها للرعاية والعلاج في حالات الطوارئ (ReSPECT)؟
 لا نعم

هل هناك أي مخاوف على الطفل المحال و/أو أفراد الأسرة الآخرين تتعلق بالتأمين؟	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>	إذا أُجبت بنعم، الرجاء إعطاء وصف موجز
---	------------------------------	-----------------------------	---------------------------------------

الأخوة (وأفراد الأسرة الآخرين)

العلاقة بالطفل (مثلاً، أخ شقيق أو أخ غير شقيق):	اسم الأخ:	الهوية الجندرية:	تاريخ الميلاد:	تاريخ الوفاة:	هل يعانيان من المرض ذاته؟ (نعم/لا)	الرجاء تحديد ما إذا كانت اللغة أو العرق أو الديانة مختلفة؟

المعلومات الإضافية مثل ظروف الأسرة الحالية ذات الصلة

--

الأخصائيون المسؤولون عن الطفل/الشاب

الطبيب العام

اسم الطبيب العام:	رقم الهاتف:
العنوان:	الرمز البريدي:
مجموعة التكليف السريرية (CCG):	البريد الإلكتروني:

المستشارون الطبيون الرجاء تعبئة هذا الجدول عن كل مستشار مسؤول عن الطفل/الشاب

الاسم	المستشفى/المجتمع الطبي	التخصص	رقم الهاتف	البريد الإلكتروني

الأخصائيون المتخالف معهم الآخرون الرجاء تعبئة هذا الجدول للرعاية الصحية أو التعليمية أو الاجتماعية. مثلاً: Social Worker (الأخصائي الاجتماعي)، Psychologist (أخصائي علم النفس)، Health Visitor (الزائر الصحي)، Community Children's Nurse (ممرض أطفال المجتمع)، Teacher (المعلم)، Occupational Therapist (المعالج الوظيفي)، Speech and Language Therapist (معالج النطق والتعبير)، Physiotherapist (أخصائي العلاج الطبيعي)

نوع الدعم والخدمة المقدمين وتواترهما:	البريد الإلكتروني:	رقم الهاتف:	العنوان:	الاسم والمسمى:

المحيل

أنت تؤكد من خلال استكمال نموذج الإحالة هذا أن الأسرة قد وافقت على الإحالة وأن كتيب "Introductory information about EACH" (المعلومات التعريفية حول خدمة EACH) بحوزتها

الاسم:	المسمى الوظيفي: (عند الاقتضاء)
الدور:	المنظمة:
أرقام الهاتف:	البريد الإلكتروني:
التوقيع:	التاريخ:

الرجاء إرسال هذا النموذج مكتملاً إلى العنوان each.referrals@nhs.net