

REFERRAL FORM

Please download and save before completion

Vaiko duomenys:

Pavardė:		Vardas (-ai):		Kaip vaikas yra vadinamas:	
Gimimo data:		arba numatoma gimimo data, jei vaikas dar nėra gimęs:		NHS numeris:	

Lytis	Vyras	<input type="checkbox"/>	Lytinė tapatybė	Vyras	<input type="checkbox"/>
	Moteris:	<input type="checkbox"/>		Moteris:	<input type="checkbox"/>
	Translytis:	<input type="checkbox"/>		Ne dvejetainėje sistemoje:	<input type="checkbox"/>
	Kita:			Kita:	
Religija / tikėjimas:			Naudojami įvardžiai:		

Namų adresas:	
Pašto kodas:	
Telefono numeriai:	

Pirmoji kalba (-os) ir (arba) pageidaujamas bendravimo būdas:		Reikalingas vertėjas:	Taip <input type="checkbox"/> Ne <input type="checkbox"/>
---	--	-----------------------	---

Sutikimas:

Patvirtinkite, kad vaiko tėvai (arba tie, kurie turi tėvų pareigas) sutiko su kreipimusi?
Taip

Patvirtinkite, kad jaunuolis sutiko su kreipimusi? ((Jei taikoma)
Taip Ne netaikoma

Ar tėvų pareiga priklauso vietos valdžios institucijai arba jie ja dalijasi? Taip Ne

Ar vaikas/jaunuolis/šeima sutinka dalytis savo sveikatos elektroninės priežiūros įrašu? (tai padeda EACH peržiūrėti naujausią klinikinę informaciją apie vaiką ar jaunuolį) Taip Ne

Esami šeimos duomenis:

Tėvai / globėjai				
Vardas, pavardė:		Tas pats adresas?	Taip	<input type="checkbox"/>
			Ne	<input type="checkbox"/>
Adresas Jeigu skiriasi:				
Telefonas:		El. paštas:		

Tėvai / globėjai				
Vardas, pavardė:		Tas pats adresas?	Taip	<input type="checkbox"/>
			Ne	<input type="checkbox"/>
Adresas Jeigu skiriasi:				
Telefonas:		El. paštas:		

Lytinė tapatybė	Vyras	Moteris:	
	Ne dvejetainėje sistemoje:	Kita:	
	Naudojami įvardžiai:		
Ryšys su vaiku:			
Ar jie turi negalią?			
Etninė kilmė:			
Pagrindinė kalba (-os):			
Ar reikalingas vertėjas?		Tap	<input type="checkbox"/>
		Ne	<input type="checkbox"/>
Ar jie moka skaityti angliškai?		Tap	<input type="checkbox"/>
		Ne	<input type="checkbox"/>
Jeigu ne, kaip jie susišneka?			
Ar jie turi tėvų atsakomybę?		Tap	<input type="checkbox"/>
		Ne	<input type="checkbox"/>
Jeigu ne, kas turi tėvų atsakomybę?			
Kokie yra jų kontaktiniai duomenys?			

Lytinė tapatybė	Vyras	Moteris:	
	Ne dvejetainėje sistemoje:	Kita:	
	Naudojami įvardžiai:		
Ryšys su vaiku:			
Ar jie turi negalią?			
Etninė kilmė:			
Pagrindinė kalba (-os):			
Ar reikalingas vertėjas?		Tap	<input type="checkbox"/>
		Ne	<input type="checkbox"/>
Ar jie moka skaityti angliškai?		Tap	<input type="checkbox"/>
		Ne	<input type="checkbox"/>
Jeigu ne, kaip jie susišneka?			
Ar jie turi tėvų atsakomybę?		Tap	<input type="checkbox"/>
		Ne	<input type="checkbox"/>
Jeigu ne, kas turi tėvų atsakomybę?			
Kokie yra jų kontaktiniai duomenys?			

Atkreipkite dėmesį:

Kaip nukreipiantis asmuo esate atsakingas už tai, kad būtų pateikta atitinkama klinikinė informacija, kuri padėtų greitai priimti sprendimus dėl tinkamumo gauti EACH paslaugas ir išvengtumėte vėlavimo.

Diagnozė:

Kokia yra (ar buvo) diagnozė / diagnozės?	
Diagnozės / diagnozių data:	

Įtraukite daugiau informacijos, kuri, jūsų nuomone, gali būti naudinga, pvz. klinikos laiškai, išankstinio priežiūros plano (ACP) kopija ir kt.	
---	--

Kas paskatino jus kreiptis į EACH?	
------------------------------------	--

Ar tikėtina, kad vaikas/jaunuolis sulauks pilnametystės?:

--

Kaip vaikas / jaunuolis supranta savo diagnozę ir prognozę:

--

Dabartinė ligos fazė – pažymėkite vieną langelį žemiau

Stabili Nestabili Prastėjanti Miršta Nežinoma Miręs/mirusi

Jeigu reikia skubaus atsakymo, skambinkite mums (0808 196 9495)

Ar vyko išankstinės priežiūros planavimo diskusijos? Jei taip, pridėkite / įtraukite dokumentus.

Ar yra gaivinimo / ReSPECT planas?

Taip Ne

Ar yra kokių nors problemų dėl vaiko ir (arba) kitų namų ūkio narių apsaugos?	Taip	<input type="checkbox"/>
	Ne	<input type="checkbox"/>

Jeigu taip, trumpai aprašykite	
--------------------------------	--

Broliai / seserys (ir kiti šeimos nariai)

Santykiai su vaikui (pvz., tikras, įbrolis/įseserė):	Sesers / brolio vardas, pavardė:	Lyties tapatybė:	Gim. d.::	Mirimo data:	Ar jų būklė tokia pati (T / N)	Nurodykite, ar skiriasi etninė kalba ar religija?

Papildoma informacija, pvz., bet kokios svarbios dabartinės šeimos aplinkybės

--

Su vaiku / jaunuoliu dirbantys specialistai

Bendrosios praktikos gydytojas

GP vardas, pavardė:		Telefonas:	
Adresas:		Pašto kodas:	
Klinikinė komisijų grupė (CCG):		El. paštas:	

Medicinos konsultantai *prašome užpildyti visus konsultantus, susijusius su vaiku / jaunuoliu*

Vardas, pavardė:	Ligoninė / medicinos bendruomenė	Specialybė	Telefono numeris	El. pašto adresas

Kiti susiję specialistai *prašome užpildyti sveikatos, švietimo ar socialinės priežiūros, pvz. Socialinės rūpybos darbuotojas, psichologas, sveikatos lankytojas, bendruomenės vaikų slaugytojas, mokytojas, ergoterapeutas, logopedas ir kalbos terapeutas, fiziooterapeutas*

Vardas, pavardė ir kreipinys	Adresas:	Telefono numeris:	El. paštas:	Pagalbos ir teikiamos paslaugos tipas ir dažnumas:

Nukreipiantis asmuo

Užpildydami šią kreipimosi formą patvirtinate, kad šeima sutiko su kreipimusi ir gavo lankstinuką „Įvadinė informacija apie EACH“.

Vardas, pavardė:		Pareigos: (Jeigu aktualu)	
Pareigos:		Įstaiga:	
Telefono numeriai:		El. paštas:	
Parašas:		Data:	

Prašome grąžinti užpildytą formą adresu each.referrals@nhs.net