

REFERRAL FORM

Descarregar e guardar antes de preencher



Detalhes do(a) menor:

Apelido:		Nome(s) próprio(s):		Conhecido(a) como:	
Data de nascimento:		ou data de nascimento prevista, se ainda não tiver nascido:		Número NHS:	

Género	Masculino:	<input type="checkbox"/>	Identidade de género	Masculino:	<input type="checkbox"/>
	Feminino:	<input type="checkbox"/>		Feminino:	<input type="checkbox"/>
	Transgénero:	<input type="checkbox"/>		Não binário:	<input type="checkbox"/>
	Outro:			Outro:	
Religião/crenças:				Pronomes preferidos:	

Endereço de casa:	
Código postal:	
Números de telefone:	

Idioma(s) principal(ais) ou método de comunicação preferido:		Intérprete necessário:	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
--	--	------------------------	---

Consentimento:

Confirma que os pais do(a) menor (ou as pessoas com responsabilidade parental) consentiram a referenciação? Sim <input type="checkbox"/>
Confirma que o(a) jovem consentiu a referenciação? (se aplicável) Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/>
A responsabilidade parental é detida ou partilhada com uma Autoridade Local? Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
O(a) menor/família concorda partilhar o seu registo de cuidados de saúde eletrónico? (isto ajuda o EACH a rever as informações clínicas mais atualizadas sobre o(a) jovem) Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

Detalhes atuais da família:

Pai/Mãe/Cuidador(a)				
Nome:		O mesmo endereço?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Endereço se diferente:				
Telefone:		E-mail:		

Pai/Mãe/Cuidador(a)				
Nome:		O mesmo endereço?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Endereço se diferente:				
Telefone:		E-mail:		

Identidade de género	Masculino:		Feminino:	
	Não binário::		Outro:	
	Pronomes preferidos:			
Relação com o(a) menor:				
Sofrem de qualquer deficiência?				
Grupo étnico:				
Idioma(a) principal(ais):				
Intérprete necessário?		Sim	<input type="checkbox"/>	
		Não	<input type="checkbox"/>	
Leem inglês?		Sim	<input type="checkbox"/>	
		Não	<input type="checkbox"/>	
Se não, como é que comunicam?				
Têm responsabilidade parental?		Sim	<input type="checkbox"/>	
		Não	<input type="checkbox"/>	
Se não, quem tem a responsabilidade parental?				
Quais são os seus dados de contacto?				

Identidade de género	Masculino:		Feminino:	
	Não binário:		Outro:	
	Pronomes preferidos:			
Relação com o(a) menor:				
Sofrem de qualquer deficiência?				
Grupo étnico:				
Idioma(a) principal(ais):				
Intérprete necessário?		Sim	<input type="checkbox"/>	
		Não	<input type="checkbox"/>	
Leem inglês?		Sim	<input type="checkbox"/>	
		Não	<input type="checkbox"/>	
Se não, como é que comunicam?				
Têm responsabilidade parental?		Sim	<input type="checkbox"/>	
		Não	<input type="checkbox"/>	
Se não, quem tem a responsabilidade parental?				
Quais são os seus dados de contacto?				

Tenha em atenção:

Como referenciador(a), é responsável por assegurar que seja fornecida informação clínica relevante para ajudar na tomada de decisões rápidas sobre a elegibilidade para os serviços EACH e para evitar qualquer atraso

Diagnóstico:

Qual é(foi) o(s) diagnóstico(s)?	
Data do(s) diagnóstico(s):	
Inclua mais informações que considere que possam ser úteis, por exemplo, cartas clínicas, cópia do Plano de Cuidados Antecipados (ACP), etc.	
Quem ou o que o(a) levou a fazer esta referência para o EACH?	
É provável que o(a) menor viva até à idade adulta?:	

Qual é a compreensão do(a) menor sobre o seu diagnóstico e prognóstico:

Fase atual da doença - selecione uma caixa abaixo

Estável Instável Deteriorante A morrer Desconhecido Falecido

Ligue-nos se necessitar de uma resposta urgente (0808 196 9495)

Houve alguma discussão prévia de planeamento? Se sim, anexe/inclua a documentação relevante.

Existe algum plano de reanimação/ReSPECT alocado?

Sim Não

Existe alguma preocupação de salvaguarda com o(a) menor referenciado(a) e/ou com outros membros do agregado familiar?

Sim

Não

Se sim, apresente um resumo

Irmãos (e outros membros do agregado familiar)

Relação com o(a) menor (p. ex., irmão(ã), meio-irmão(ã):	Nome do(a) irmão(ã):	Identidade de género:	DATA DE NASCIMENTO:	DATA DE ÓBITO:	Sofre da mesma condição (S/N)	Especifique se a etnia ou religião são diferentes?

Informação adicional tal como quaisquer circunstâncias familiares atuais relevantes

--

Profissionais envolvidos com o(a) menor

Médico(a) de Família

Nome do(a) GP (médico(a) de família):		Telefone:	
Endereço:		Código postal:	
Clinical Commissioning Group (Grupo de Comissionamento Clínico)(CCG):		E-mail:	

Consultores médicos *por favor indique para todos os consultores envolvidos com o(a) menor*

Nome	Hospital / Comunidade Médica	Especialidade	Número de telefone	E-mail

Outros profissionais aliados envolvidos por favor indique todos os dados ao nível de cuidados de saúde, educação ou de assistência social, por exemplo, Assistente Social, Psicólogo, Profissionais de saúde visitante, Enfermeiro(a) Infantil Comunitário(a), Professor(a), Terapeuta Ocupacional, Terapeuta da Fala e do Discurso, Fisioterapeuta

Nome e título:	Endereço:	Número de telefone:	E-mail:	Tipo e frequência do apoio e do serviço prestado:

Pessoa encarregue do encaminhamento

Ao preencher este formulário de referência, está a confirmar que a família concordou com a referência e recebeu o folheto "Informação introdutória sobre o EACH".

Nome:		Título profissional: (se relevante)	
Função:		Organização:	
Números de telefone:		E-mail:	
Assinatura:		Data:	

Devolva este formulário preenchido para each.referrals@nhs.net