

REFERRAL FORM

براہ مہربانی مکمل ہونے سے پہلے ڈاؤن لوڈ کریں اور محفوظ کریں

بچے کی تفصیلات:

کنیت:	پہلا نام (پہلے نام):	(لقب) کے طور پر جانا جاتا ہے:
تاریخ پیدائش:	یا زچگی کی متوقع تاریخ اگر ابھی تک پیدا نہیں ہوا ہے:	این ایچ ایس نمبر:

جنس	مرد: <input type="checkbox"/>	جنس کی شناخت	مرد: <input type="checkbox"/>
	عورت: <input type="checkbox"/>		عورت: <input type="checkbox"/>
	خواجہ سرا: <input type="checkbox"/>		غیر - بائمردی یعنی غیر دوپرا: <input type="checkbox"/>
	دیگر:		دیگر:
مذہب / عقائد:			ترجیحی نام:

گھر کا پتہ:	
پوسٹ کوڈ:	
ٹیلی فون نمبر:	

پہلی زبان (زبانیں) اور یا بات چیت کا ترجیحی طریقہ:	مترجم کی ضرورت ہے: <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
--	---

رضامندی:

براہ کرم تصدیق کریں کہ بچے کے والدین (یا والدانہ ذمہ داری والوں) نے ریفرل پر رضامندی ظاہر کی ہے؟ ہاں

براہ کرم اس بات کی تصدیق کریں کہ نوجوان شخص نے ریفرل پر رضامندی (اگر قابل اطلاق ہو) ناقابل اطلاق نمبر ہاں

کیا والدین کی ذمہ داری مقامی اتھارٹی کی طرف سے متعین کی جاتی ہے یا اس کے ساتھ اشتراک کی جاتا ہے؟ ہاں نہیں

کیا بچہ / نوجوان شخص / خاندان اپنے صحت کے الیکٹرانک نگہداشت کے ریکارڈ کا تبادلہ خیال کرنے پر اتفاق کرتا ہے؟ (اس سے ای اے سی ایچ کو بچے یا نوجوان شخص کے متعلق تازہ ترین کلینیکل یعنی طبی معلومات کا جائزہ لینے میں مدد ملتی ہے) ہاں نہیں

خاندان کی موجودہ تفصیلات:

والدین / نگہداشت کرنے والے		والدین / نگہداشت کرنے والے	
نام:	ایک جیسا پتہ؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	نام:	ایک جیسا پتہ؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں

پتہ اگر مختلف ہو تو: ٹیلیفون:				
	ای میل:			
جنس	مرد:	عورت:	دیگر:	
کی شناخت	غیر- بائٹری یعنی غیر دوہرا : ترجیحی اسم ضمیر:			
	بچے سے رشتہ:			
	کیا انہیں کوئی معذوری ہے؟			
	نسلی گروہ:			
	بنیادی زبان (زبانیں):			
	مترجم کی ضرورت ہے؟	ہاں <input type="checkbox"/>	نہیں <input type="checkbox"/>	
	کیا وہ انگریزی پڑھتے ہیں؟	ہاں <input type="checkbox"/>	نہیں <input type="checkbox"/>	
	اگر نہیں، تو وہ کس طرح بات چیت کرتے ہیں؟			
	کیا ان پر والدین کی ذمہ داری ہے؟	ہاں <input type="checkbox"/>	نہیں <input type="checkbox"/>	
	اگر نہیں، تو والدانہ ذمہ داری کس کی ہے؟			
	ان کے رابطے کی تفصیلات کیا ہیں؟			

پتہ اگر مختلف ہو تو: ٹیلیفون:				
	ای میل:			
جنس	مرد:	عورت:	دیگر:	
کی شناخت	غیر- بائٹری یعنی غیر دوہرا : ترجیحی اسم ضمیر:			
	بچے سے رشتہ:			
	کیا انہیں کوئی معذوری ہے؟			
	نسلی گروہ:			
	بنیادی زبان (زبانیں):			
	مترجم کی ضرورت ہے؟	ہاں <input type="checkbox"/>	نہیں <input type="checkbox"/>	
	کیا وہ انگریزی پڑھتے ہیں؟	ہاں <input type="checkbox"/>	نہیں <input type="checkbox"/>	
	اگر نہیں، تو وہ کس طرح بات چیت کرتے ہیں؟			
	کیا ان پر والدین کی ذمہ داری ہے؟	ہاں <input type="checkbox"/>	نہیں <input type="checkbox"/>	
	اگر نہیں، تو والدانہ ذمہ داری کس کی ہے؟			
	ان کے رابطے کی تفصیلات کیا ہیں؟			

براہ کرم نوٹ کریں:

ریفرل بھیجنے والے کی حیثیت سے آپ اس بات کو یقینی بنانے کے لیے ذمہ دار ہیں کہ متعلقہ کلینیکل
یعنی طبی معلومات ای اے سی ایچ کی خدمات کے لیے اہلیت کے متعلق فوری فیصلہ سازی اور کسی
بھی تاخیر سے بچنے میں مدد کے لیے فراہم کی جاتی ہے۔

تشخیص:

تشخیص / تشخیصات کیا ہے (یا تھی)؟	
تشخیص / تشخیصات کی تاریخ:	

براہ کرم مزید معلومات شامل کریں جو آپ کو لگتا ہے کہ کلینک کے خطوط، ایڈوانس کیئر پلان (اے سی پی) کی کاپی وغیرہ میں مددگار ثابت ہوسکتی ہے۔	
---	--

کس شخص نے یا کس چیز نے آپ کو ای اے سی ایچ کو یہ ریفرل بھیجنے کی تحریک دی؟	
--	--

کیا بچے / نوجوان شخص کا جوانی میں زندہ رہنے کا امکان ہے؟	
--	--

بچے / نوجوان شخص کی اپنی تشخیص اور شفایابی کے امکان کے متعلق کیا سمجھ بوجھ ہے:

بیماری کا موجودہ مرحلہ - براہ کرم ذیل میں ایک باکس چیک کریں

مستحکم غیر مستحکم انحطاطی موت نامعلوم فوت شدہ

**اگر آپ کو فوری جواب کی ضرورت ہو تو براہ کرم ہمیں ٹیلی فون کریں
(0808 196 9495)**

کیا کوئی پیشگی نگہداشت کی منصوبہ بندی کی بات چیت ہوئی ہے؟ اگر ہاں، تو براہ کرم دستاویزات منسلک / شامل کریں۔

کیا کوئی بحالی / سپیکٹ منصوبہ موجود ہے؟
 ہاں نہیں

کیا ریفر شدہ بچے اور / یا گھر کے دیگر ارکان کے ساتھ کوئی حفاظتی خدشات موجود ہیں؟	ہاں <input type="checkbox"/>	نہیں <input type="checkbox"/>	اگر ہاں تو براہ کرم مختصر خلاصہ بیان کریں
--	------------------------------	-------------------------------	---

بہن بھائی (اور خاندان کے دیگر افراد)

تعلق بچے کے لیئے (مثال کے طور پر سگا، سوتیلا):	بہن بھائی کا نام:	جنس شناخت:	تاریخ پیدائش:	تاریخ پیدائش:	کیا اُن کی ایک جیسی حالت ہے (ہاں / نہیں)	براہ کرم وضاحت کریں کہ آیا زبان، نسلی پس منظر یا مذہب مختلف ہیں؟

اضافی معلومات جیسے کسی بھی موجودہ متعلقہ خاندانی حالات

بچے / نوجوان شخص کے ساتھ ملوث پیشہ ور افراد

جنرل پریکٹیشنر یعنی عمومی معالج

جی پی کا نام:		ٹیلیفون:	
پتہ:		پوسٹ کوڈ:	
کلینیکل کمیشننگ گروپ (سی سی جی):		ای میل:	

میڈیکل کنسلٹنٹس یعنی طبی مشیر برائے مہربانی بچے / نوجوان شخص کے ساتھ مشغول تمام کنسلٹنٹس مشیروں کے
لیئے مکمل کریں

ای میل	ٹیلی فون نمبر	تخصص	ہسپتال / میڈیکل کمیونٹی	نام

دیگر شریک مشغول پیشہ ور افراد براہ کرم صحت، تعلیم یا سماجی دیکھ بھال مثال کے طور پر سماجی کارکن، ماہر
نفسیات، ہیلتھ وزیٹر، مقامی آبادی کے بچوں کی نرس، استاد، پیشہ ورانہ تھراپسٹ یعنی ماہر نفسیات، بول چال اور زبان
کے معالج یعنی تھراپسٹ، فزیوتھراپسٹ کے لیئے مکمل کریں

فراہم کردہ معاونت اور خدمت کی قسم اور تعداد:	ای میل:	ٹیلی فون نمبر:	پتہ:	نام اور عنوان:

ریفرر یعنی بھیجنے والا

اس ریفرل فارم کو مکمل کر کے آپ اس بات کی تصدیق کر رہے ہیں کہ خاندان نے ریفرل پر اتفاق کیا ہے اور 'ای اے سی ایچ کے متعلق کے تعارفی معلومات' کا کتابچہ دیا گیا ہے۔

نام:	ملازمت سے متعلقہ عہدہ: (اگر متعلقہ ہو)	
کردار:	ادارہ:	
ٹیلی فون نمبر:	ای میل:	
دستخط:	تاریخ:	

براہ کرم اس مکمل فارم کو پر واپس کریں

each.referrals@nhs.net