

يرجى الملاحظة:

تُطلب المعلومات الواردة في هذه الإحالة للمساعدة في اتخاذ القرارات بسرعة حول أهلية الأسرة لخدمات التثكل لدى EACH ولتجنب التأخير. يمكن أن يستكمل هذا النموذج إما الوالد/مقدم الرعاية أو أخصائي الصحة أو الرعاية الاجتماعية

الشخص المحال/تفاصيل الأسرة:

الوالد/مقدم الرعاية			
الاسم:	نفس العنوان؟	نعم	
		لا	لا
تاريخ الولادة:			
رقم هيئة الخدمات الصحية الوطنية (NHS) (إذا عُلم)			
العنوان إذا كان مختلفًا:			
رقم الهاتف:	البريد الإلكتروني:		
الهوية الجندرية:	ذكر:	غيره:	
	خارج الثنائية الجندرية:		
	الضمائر المفضلة:		
العلاقة بالطفل:			
الديانة/المعتقدات			
الأخ/آخر الأول			
الاسم:	نفس العنوان؟	نعم	
		لا	لا
تاريخ الولادة:			
رقم هيئة الخدمات الصحية الوطنية (NHS) (إذا عُلم)			
العنوان إذا كان مختلفًا:			
رقم الهاتف:	البريد الإلكتروني:		
الهوية الجندرية:	ذكر:	غيره:	
	خارج الثنائية الجندرية:		
	الضمائر المفضلة:		
الديانة/المعتقدات:			
العلاقة بالطفل:			
الأخ/آخر الثالث			
الاسم:	نفس العنوان؟	نعم	
		لا	لا
تاريخ الولادة:			
رقم هيئة الخدمات الصحية الوطنية (NHS) (إذا عُلم)			
العنوان إذا كان مختلفًا:			
رقم الهاتف:	البريد الإلكتروني:		
الهوية الجندرية:	ذكر:	غيره:	
	خارج الثنائية الجندرية:		
	الضمائر المفضلة:		
الديانة/المعتقدات:			
العلاقة بالطفل:			

الوالد/مقدم الرعاية			
الاسم:	نفس العنوان؟	نعم	
		لا	لا
تاريخ الولادة:			
رقم هيئة الخدمات الصحية الوطنية (NHS) (إذا عُلم)			
العنوان إذا كان مختلفًا:			
رقم الهاتف:	البريد الإلكتروني:		
الهوية الجندرية:	ذكر:	غيره:	
	خارج الثنائية الجندرية:		
	الضمائر المفضلة:		
العلاقة بالطفل:			
الديانة/المعتقدات			
الأخ/آخر الثاني			
الاسم:	نفس العنوان؟	نعم	
		لا	لا
تاريخ الولادة:			
رقم هيئة الخدمات الصحية الوطنية (NHS) (إذا عُلم)			
العنوان إذا كان مختلفًا:			
رقم الهاتف:	البريد الإلكتروني:		
الهوية الجندرية:	ذكر:	غيره:	
	خارج الثنائية الجندرية:		
	الضمائر المفضلة:		
الديانة/المعتقدات:			
العلاقة بالطفل:			
الأخ/آخر الرابع			
الاسم:	نفس العنوان؟	نعم	
		لا	لا
تاريخ الولادة:			
رقم هيئة الخدمات الصحية الوطنية (NHS) (إذا عُلم)			
العنوان إذا كان مختلفًا:			
رقم الهاتف:	البريد الإلكتروني:		
الهوية الجندرية:	ذكر:	غيره:	
	خارج الثنائية الجندرية:		
	الضمائر المفضلة:		
الديانة/المعتقدات:			
العلاقة بالطفل:			

العنوان إذا كان مختلفًا:		رقم الهاتف:	
البريد الإلكتروني:		البريد الإلكتروني:	
الجنس:	ذكر:	أنثى:	غيره:
الهوية الجندرية:	خارج الثنائية الجندرية:	الضمائر المفضلة:	الديانة/المعتقدات:
العلاقة بالطفل:			

العنوان إذا كان مختلفًا:		رقم الهاتف:	
البريد الإلكتروني:		البريد الإلكتروني:	
الجنس:	ذكر:	أنثى:	غيره:
الهوية الجندرية:	خارج الثنائية الجندرية:	الضمائر المفضلة:	الديانة/المعتقدات:
العلاقة بالطفل:			

الرجاء التأكيد على أن الشخص المُحال (أو أولئك الذين لديهم المسؤولية الأبوية) قد وافق على الإحالة.  
 نعم

إذا كانت هذه الإحالة تخص طفلاً أو شاباً لديه قدرة عقلية، فالرجاء التأكيد على أن الشاب قد وافق على الإحالة. (إذا انطبق)  لا  لا ينطبق  نعم  لا

هل يوافق الطفل أو الشاب أو الأسرة على الكشف عن سجل الرعاية الإلكتروني الخاص به؟  لا  نعم  لا

### تفاصيل الطفل المتوفى:

اسم العائلة:	الاسم الأول (الأسماء الأولى):	يُعرف باسم:	رقم هيئة الخدمات الصحية الوطنية (NHS):
تاريخ الولادة:	تاريخ الوفاة		
العنوان:			

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

### التشخيص:

يمكن تقديم رعاية التكل عندما يلي سبب وفاة الرضيع أو الطفل أو الشاب متطلبات التأهيل التي تنص عليها EACH. هل يمكنك إخبارنا بتشخيص/تشخيصات الطفل/الشاب وسبب وفاته؟	
---	--

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

الرجاء إعلامنا إذا كانت هناك أي خدمات مهنية أخرى تقدم دعم النكّل:

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

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

الرجاء إعلامنا بأي معلومات إضافية جديرة بالذكر، مثل ظروف الأسرة الحالية:

تفاصيل الطبيب العام:

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

إذا استكملة المُجِيل

أنت تُوَكِّد 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](mailto:each.referrals@nhs.net)