

براہ کرم نوٹ کریں:

اس ریفرل میں موجود معلومات ای اے سی ایچ کی سوگ (یعنی موت کے صدمہ کے متعلق) کی خدمات کے لیے اہلیت اور کسی بھی تاخیر سے بچنے کے متعلق فوری فیصلہ سازی میں مدد کرنے کے لیے کی درخواست کی گئی ہے۔ یہ فارم یا تو والدین / دیکھ بھال کرنے والے یا صحت یا سماجی نگہداشت کے پیشہ ور افراد کے ذریعہ مکمل کیا جاسکتا ہے۔

بھیجا گیا شخص / خاندان کی تفصیلات:

والدین / نگہداشت کرنے والے			
نام:	ایک جیسا پتہ؟	ہاں	□
تاریخ پیدائش:	تاریخ پیدائش:	ہاں	□
این ایچ ایس نمبر (اگر معلوم ہو)	این ایچ ایس نمبر (اگر معلوم ہو)	ہاں	□
پتہ اگر مختلف ہو تو:	پتہ اگر مختلف ہو تو:	نہیں	□
ٹیلیفون:	ای میل:		
جنس کی شناخت	دیگر:	مرد:	عورت:
نان - بائری یعنی غیر دوپرا:	نان - بائری یعنی غیر دوپرا:		
ترجیحی اسم ضمیر:	ترجیحی اسم ضمیر:		
بچے سے رشتہ:	بچے سے رشتہ:		
مذہب/ عقائد	مذہب/ عقائد		
بہن بھائی / دیگر 1			
نام:	ایک جیسا پتہ؟	ہاں	□
تاریخ پیدائش:	تاریخ پیدائش:	ہاں	□
این ایچ ایس نمبر (اگر معلوم ہو)	این ایچ ایس نمبر (اگر معلوم ہو)	ہاں	□
پتہ اگر مختلف ہو تو:	پتہ اگر مختلف ہو تو:	نہیں	□
ٹیلیفون:	ای میل:		
جنس کی شناخت	دیگر:	مرد:	عورت:
غیر - بائری یعنی غیر دوپرا:	غیر - بائری یعنی غیر دوپرا:		
ترجیحی اسم ضمیر:	ترجیحی اسم ضمیر:		
مذہب/ عقائد:	مذہب/ عقائد:		
بچے سے رشتہ:	بچے سے رشتہ:		

والدین / نگہداشت کرنے والے			
نام:	ایک جیسا پتہ؟	ہاں	□
تاریخ پیدائش:	تاریخ پیدائش:	ہاں	□
این ایچ ایس نمبر (اگر معلوم ہو)	این ایچ ایس نمبر (اگر معلوم ہو)	ہاں	□
پتہ اگر مختلف ہو تو:	پتہ اگر مختلف ہو تو:	نہیں	□
ٹیلیفون:	ای میل:		
جنس کی شناخت	دیگر:	مرد:	عورت:
نان - بائری یعنی غیر دوپرا:	نان - بائری یعنی غیر دوپرا:		
ترجیحی اسم ضمیر:	ترجیحی اسم ضمیر:		
بچے سے رشتہ:	بچے سے رشتہ:		
مذہب/ عقائد	مذہب/ عقائد		
بہن بھائی / دیگر 2			
نام:	ایک جیسا پتہ؟	ہاں	□
تاریخ پیدائش:	تاریخ پیدائش:	ہاں	□
این ایچ ایس نمبر (اگر معلوم ہو)	این ایچ ایس نمبر (اگر معلوم ہو)	ہاں	□
پتہ اگر مختلف ہو تو:	پتہ اگر مختلف ہو تو:	نہیں	□
ٹیلیفون:	ای میل:		
جنس کی شناخت	دیگر:	مرد:	عورت:
غیر - بائری یعنی غیر دوپرا:	غیر - بائری یعنی غیر دوپرا:		
ترجیحی اسم ضمیر:	ترجیحی اسم ضمیر:		
مذہب/ عقائد:	مذہب/ عقائد:		
بچے سے رشتہ:	بچے سے رشتہ:		

بہن بھائی / دیگر 3			
نام:	ایک جیسا	ہاں	<input type="checkbox"/>
	پتہ؟	نہیں	<input type="checkbox"/>
تاریخ پیدائش:			
این ایچ ایس نمبر (اگر معلوم ہو)			
پتہ اگر مختلف ہو تو:			
ٹیلیفون:	ای میل:		
جنس کی شناخت	مرد:	عورت:	دیگر:
	غیر - بائنری یعنی غیر دوپرا:		
	ترجیحی اسم:		
	مذہب/ عقائد:		
	بچے سے رشتہ:		

بہن بھائی / دیگر 4			
نام:	ایک جیسا	ہاں	<input type="checkbox"/>
	پتہ؟	نہیں	<input type="checkbox"/>
تاریخ پیدائش:			
این ایچ ایس نمبر (اگر معلوم ہو)			
پتہ اگر مختلف ہو تو:			
ٹیلیفون:	ای میل:		
جنس کی شناخت	مرد:	عورت:	دیگر:
	غیر - بائنری یعنی غیر دوپرا:		
	ترجیحی اسم:		
	مذہب/ عقائد:		
	بچے سے رشتہ:		

براہ کرم تصدیق کریں کہ ریفر کیئے گئے شخص (یا والدانہ ذمہ داری والوں) نے ریفرل پر رضامندی ظاہر کی ہے؟

ہاں

اگر اس ریفرل یعنی حوالہ میں بچہ یا نوجوان فرد شامل ہے جو اہلیت کا حامل ہے، تو براہ مہربانی تصدیق کریں کہ نوجوان فرد نے ریفرل کے سلسلے میں اپنی رضامندی دی ہے؟ (اگر قابل اطلاق)

جی ہاں نہیں ناقابل اطلاق

کی سی وائی پی/خاندان اپنی الیکٹرونی کیئر ریکارڈ کو شیئر کرنے پر راضی ہے

جی ہاں نہیں

مرنے والے بچے کی تفصیلات:

کنیت:	پہلا نام (پہلے نام):	لقب(کے) طور پر جانا جاتا ہے:
تاریخ پیدائش:	تاریخ وفات:	این ایچ ایس نمبر:
پتہ:		

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"/>		خواجہ سرا:	<input type="checkbox"/>
	دیگر:			دیگر:	
	مذہب/ عقائد:			ترجیحی نام:	

<p>جہاں نوزائیدہ، بچے یا نوجوان شخص کی موت کی وجہ ای اے سی ایچ کی اہلیت کو پورا کرے گی وہاں سوگ (موت کے صدمے کے متعلق) سے متعلقہ دیکھ بھال وہاں فراہم کی جا سکتی ہے۔ براہ کرم کیا آپ ہمیں بتا سکتے ہیں کہ بچے / نوجوان شخص کی تشخیص / تشخیصات کیا تھی اور موت کی وجہ کیا تھی؟</p>	
---	--

<p>کس نے یا کس چیز نے آپ کو ای اے سی ایچ کو یہ ریفرل دینے کے لیئے تحریک دی؟</p>	
---	--

براہ کرم ہمیں بتائیں کہ آیا کوئی اور پیشہ ورانہ خدمات ہیں جو سوگ کے متعلق معاونت فراہم کرتی ہیں:

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

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

براہ کرم ہمیں کسی بھی دیگر اضافی معلومات کے متعلق بتائیں جو متعلقہ ہوسکتی ہے جیسے کہ موجودہ خاندانی حالات:

<p></p>

جنرل پریکٹیشنر (یعنی عمومی معالج) کی تفصیلات:

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

اگر ریفر کرنے والے کی طرف سے مکمل کیا گیا

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 تعارفی معلومات' پر مبنی کتابچہ دیا گیا ہے۔

نام:		ملازمت کا عنوان: (اگر متعلقہ ہو تو)	
کردار:		ادارہ:	
ٹیلی فون نمبر:		ای میل:	
دستخط:		تاریخ:	

براہ کرم اس مکمل فارم کو پر واپس کریں

each.referrals@nhs.net