

Bereavement Referral Form

Atkreipkite dėmesį:

Šiame kreipimesi informacija prašoma padėti greitai priimti sprendimą dėl tinkamumo gauti EACH netekties paslaugas ir išvengti vėlavimo. Šią formą gali užpildyti vienas iš tėvų / globėjas arba sveikatos ar socialinės priežiūros specialistas

Mirusio vaiko duomenys:

Pavardė:		Vardas (-ai):		Kaip vaikas yra vadinamas:	
Gimimo data:		Mirties data:		NHS numeris:	
Adresas:					

Lytis	Vyras:	<input type="checkbox"/>	Lyties 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:		

Nukreipiantis asmuo / šeimos duomenys:

Tėvai / globėjai				
Vardas, pavardė:		Tas pats adresas?	Taip <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Gimimo data:				
NHS numeris (jei žinoma)				
Adresas Jeigu skirtingas				
Telefonas:		El. paštas:		
Lyties tapatybė	Vyras:	Moteris:		
	Ne dvejetainėje sistemoje:	Kita:		
	Naudojami įvardžiai:			

Tėvai / globėjai				
Vardas, pavardė:		Tas pats adresas?	Taip <input type="checkbox"/>	Ne <input type="checkbox"/>
Gimimo data:				
NHS numeris (jei žinoma)				
Adresas Jeigu skirtingas				
Telefonas:		El. paštas:		
Lyties tapatybė	Vyras:	Moteris:		
	Ne dvejetainėje sistemoje:	Kita:		
	Naudojami įvardžiai:			

Santykis su vaiku:				
Religija / tikėjimas				
Brolis / sesuo / kitas 1				
Vardas, pavardė:		Tas pats adresas?	Taip Ne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gimimo data:				
NHS numeris (jei žinoma)				
Adresas Jeigu skirtingas				
Telefonas:		El. paštas:		
Lyties tapatybė:	Vyras:	Moteris:		
	Ne dvejetainėje sistemoje:	Kita:		
	Naudojami įvardžiai:			
Religija / tikėjimas:				
Santykis su vaiku:				
Brolis / sesuo / kitas 3				
Vardas, pavardė:		Tas pats adresas?	Taip Ne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gimimo data:				
NHS numeris (jei žinoma)				
Adresas Jeigu skirtingas				
Telefonas:		El. paštas:		
Lyties tapatybė:	Vyras:	Moteris:		
	Ne dvejetainėje sistemoje:	Kita:		
	Naudojami įvardžiai:			
Religija / tikėjimas:				
Santykis su vaiku:				

Santykis su vaiku:				
Religija / tikėjimas				
Brolis / sesuo / kitas 2				
Vardas, pavardė:		Tas pats adresas?	Taip Ne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gimimo data:				
NHS numeris (jei žinoma)				
Adresas Jeigu skirtingas				
Telefonas:		El. paštas:		
Lyties tapatybė:	Vyras:	Moteris:		
	Ne dvejetainėje sistemoje:	Kita:		
	Naudojami įvardžiai:			
Religija / tikėjimas:				
Santykis su vaiku:				
Brolis / sesuo / kitas 4				
Vardas, pavardė:		Tas pats adresas?	Taip Ne	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gimimo data:				
NHS numeris (jei žinoma)				
Adresas Jeigu skirtingas				
Telefonas:		El. paštas:		
Płeć:	Vyras:	Moteris:		
	Ne dvejetainėje sistemoje:	Kita:		
	Naudojami įvardžiai:			
Religija / tikėjimas:				
Santykis su vaiku:				

Patvirtinkite, kad nurodytas asmuo (ar tie, kuriems priklauso tėvų pareigos) sutiko su siuntimu? Taip

Jei šis kreipimasis apima vaiką ar jaunuolį, kuris turi veiksnumą, patvirtinkite, kad jaunuolis sutiko su kreipimusi? (jei taikoma) Taip Ne Netaikoma

Ar CYP ir (arba) šeima sutinka dalytis savo elektroniniu priežiūros įrašu Taip Ne

Diagnozė:

Netekties priežiūra gali būti teikiama, kai kūdikio, vaiko ar jaunuolio mirties priežastis atitiktų EACH tinkamumą. Ar galite pasakyti, kokia buvo vaiko / jaunuolio diagnozė / diagnozės ir mirties priežastis?	
--	--

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

Nurodykite, jei yra kokių nors kitų specialistų paslaugų, teikiančių pagalbą netekties atveju:

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

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

Praneškite mums bet kokią kitą papildomą informaciją, kuri gali būti svarbi, pvz., apie dabartinę šeimos situaciją:

GP duomenys:

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

Jeigu pildo nukreipiantis asuos

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

Vardas, pavardė:		Pareigos: (jeigu taikoma)	
Pareigos:		Įstaiga:	
Tel. numeris:		El. paštas:	
Parašas:		Data:	

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