

BEREAVEMENT REFERRAL FORM

Tenha em atenção:

As informações contidas nesta referência são solicitadas para ajudar na rápida tomada de decisões sobre a elegibilidade dos serviços de luto do EACH e para evitar qualquer atraso. Este formulário pode ser preenchido por um(a) pai/mãe/cuidador(a) ou por um profissional de saúde ou de assistência social

Detalhes do(a) menor falecido(a):

Apelido:		Nome(s) próprio(s):		Conhecido(a) como:	
Data de nascimento:		Data de óbito		Número NHS:	
Endereço:					

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:	

Detalhes da pessoa referenciada/família:

Pai/Mãe/Cuidador(a)				
Nome:		O mesmo endereço?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Data de nascimento:				
Número do NHS (se conhecido)				
Endereço se diferente:				
Telefone:		E-mail:		
Identidade de género	Masculino:		Feminino:	
	Não binário:		Outro:	
	Pronomes preferidos:			
Relação com o(a) menor:				
Religião/crenças				

Pai/Mãe/Cuidador(a)				
Nome:		O mesmo endereço?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Data de nascimento:				
Número do NHS (se conhecido)				
Endereço se diferente:				
Telefone:		E-mail		
Identidade de género	Masculino:		Feminino:	
	Não binário:		Outro:	
	Pronomes preferidos:			
Relação com o(a) menor:				
Religião/crenças				

Irmão(ã)/outro(a) 1				
Nome:		O mesmo endereço?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Data de nascimento:				
Número do NHS (se conhecido)				
Endereço se diferente:				
Telefone:		E-mail:		
Identidade de género	Masculino:	Feminino:		
	Não binário:	Outro:		
	Pronomes preferidos:			
Religião/crenças:				
Relação com o(a) menor:				

Irmão(ã)/outro(a) 3				
Nome:		O mesmo endereço?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Data de nascimento:				
Número do NHS (se conhecido)				
Endereço se diferente:				
Telefone:		E-mail:		
Identidade de género	Masculino:	Feminino:		
	Não binário:	Other:		
	Pronomes preferidos:			
Religião/crenças:				
Relação com o(a) menor:				

Irmão(ã)/outro(a) 2				
Nome:		O mesmo endereço?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Data de nascimento:				
Número do NHS (se conhecido)				
Endereço se diferente:				
Telefone:		E-mail:		
Identidade de género	Masculino:	Feminino:		
	Não binário:	Outro:		
	Pronomes preferidos:			
Religião/crenças:				
Relação com o(a) menor:				

Irmão(ã)/outro(a) 4				
Nome:		O mesmo endereço?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Data de nascimento:				
Número do NHS (se conhecido)				
Endereço se diferente:				
Telefone:		E-mail:		
Identidade de género	Masculino:	Feminino:		
	Não binário:	Other:		
	Pronomes preferidos:			
Religião/crenças:				
Relação com o(a) menor:				

Por favor, confirma que a pessoa referenciada (ou as pessoas com responsabilidade parental) consentiu a referenciação? Sim

Caso este encaminhamento inclua uma criança ou jovem (CYP) com capacidade para tomar decisões, pode confirmar que este CYP consentiu ao encaminhamento? *(se aplicável)* Sim Não N/D

A CYP/família concorda em partilhar o seu registo de cuidados eletrónico? Sim Não

Diagnóstico:

Os cuidados em caso de luto podem ser prestados onde a causa da morte de um(a) bebé, criança ou jovem satisfaça a elegibilidade do EACH. Pode dizer-nos qual foi o diagnóstico(s) e a causa de morte do(a) menor?	
---	--

Quem ou o que o(a) levou a fazer esta referência para o EACH?	
---	--

Informe-nos se existem outros serviços profissionais a prestar apoio em caso de luto:

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

Existe alguma preocupação de salvaguarda com o(a) menor referenciado(a) e/ou com outros membros do agregado familiar?	Sim	<input type="checkbox"/>	Se sim, apresente um resumo	
	Não	<input type="checkbox"/>		

Informe-nos de qualquer outra informação adicional que possa ser relevante, tal como as atuais circunstâncias familiares:

--

Detalhes do(a) 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:	

Se preenchido por um(a) referenciador(a)

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