|  |
| --- |
| **共同关怀计划**面向有特殊健康需求的儿童和青少年 |
| **儿童/青少年姓名：** | **已获得必要的信息披露书：** [ ]  是 [ ]  否 |
| **儿童/青少年昵称：** | **团队会谈日期：** |
| **出生日期：** | **会谈地点：** |
| **家长：** | **转介人：** |
| **家长电话号码：** | **其他：** |
| **家庭医生：** | **口译员（如适用）：** |
| **性别认同：** [ ]  男 [ ]  女 [ ]  其他，请指明： |
| **代词：** [ ] 她/她的[ ] 他/他的[ ]  其他，请指明： |

|  |
| --- |
| **儿童/家庭强项与优势** |
|  |

|  |
| --- |
| **儿童/家庭语言与文化** |
|  |

|  |
| --- |
| **儿童/家庭关切与目标** |
| 当前的关切与目标： |
|  |
| 长远的关切与目标： |
|  |

|  |
| --- |
| **医疗情况简述** |
| **诊断：** |
| **药物：** |
| **现行的治疗：** | **做过的治疗：** |
| **医护服务提供者：** |
| **其他重要的医疗信息（过敏/警报）：** |
| **首选的医院：** | **首选的药房：** |

|  |
| --- |
| **参与教育/社区服务的情况简述** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **团队成员联系名单**  | *注：在姓名旁签上姓名首字母以注明会出席会谈。请视需要添加新行* |
| **姓名** | **角色/责任** | **最佳联系方式** |
|  | 家庭成员 |  |
|  | 家庭医生 |  |
|  | 教育 |  |
|  | 心理/行为健康 |  |
|  | 公共卫生  |  |
|  | 健康计划/保险  |  |
|  | 口译员 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **行动计划** | *注：请视需要添加新行* |
| * 团队的首要目标应是由家庭确定为优先事项的目标。
* 如果儿童/青少年的年龄在 12 岁或以上，应至少包含一个重点为过渡到成人医疗保健的目标。
 |
| **共同目标：** | **有哪些人？** | **要做什么？** | **到何时要做到？** |
|  | 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成**完成日期：** |
| 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成**完成日期：** |
| 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成**完成日期：** |
| 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成**完成日期：** |
| **确定日期：** | **注：** |
| **解决日期：** |

|  |  |
| --- | --- |
| **行动计划** | *注：视需要添加新行* |
| * 团队的首要目标应是由家庭确定为优先事项的目标。
* 如果儿童/青少年的年龄在 12 岁或以上，应至少包含一个重点为过渡到成人医疗保健的目标。
 |
| **共同目标：** | **有哪些人？** | **要做什么？** | **到何时要做到？** |
|  | 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成**完成日期：** |
| 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成**完成日期：** |
| 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成**完成日期：** |
| 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成**完成日期：** |
| **确定日期：** | **注：** |
| **解决日期：** |

|  |  |
| --- | --- |
| **行动计划** | *注：视需要添加新行* |
| * 团队的首要目标应是由家庭确定为优先事项的目标。
* 如果儿童/青少年的年龄在 12 岁或以上，应至少包含一个重点为过渡到成人医疗保健的目标。
 |
| **共同目标：** | **有哪些人？** | **要做什么？** | **到何时要做到？** |
|  | 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成**完成日期：** |
| 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成**完成日期：** |
| 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成**完成日期：** |
| 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成**完成日期：** |
| **确定日期：** | **注：** |
| **解决日期：** |

开发机构：俄勒冈州特殊健康需求儿童与青少年中心 (Oregon Center for Children and Youth with Special Health Needs, OCCSYHN)，2016 年 8 月开发、2020 年 5月修订

|  |  |
| --- | --- |
| **申请使用许可 - 请联系 OCCYSHN** | 电话：503-494-8303，电子邮箱：occyshn@ohsu.edu |

所包括的原创内容及改编内容来源于：

* Jeanne W. McAllister. May, 2014. *Achieving a Shared Plan of Care with Children and Youth with Special Health Care Needs: An Implementation Guide.* Lucile Packard Foundation for Children’s Health.
* Taylor EF, Lake T, Nysenbaum J, Peterson G, Meyers D. Coordinating care in the medical neighborhood: Critical components and available mechanisms. White Paper (Prepared by Mathematica Policy Research under Contract No. HHSA29020090000191TO2). AHRQ Publication No. 11-0064. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality. Jun 2011.
* Community Connections Network –Shared Care Plan (Community Connections Network is a program of The Oregon Center for Children and Youth with Special Health Needs)

*该项目由美国卫生及公共服务部 (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) 卫生资源与服务管理局 (Health Resources and Services Administration, HRSA) 资助，并获俄勒冈州 Title V 妇幼保健分类拨款（＃B04MC28122，金额为 185 万9482 美元）及“加强俄勒冈州 CYSHCN 服务体系”拨款（”Enhancing the System of Services for Oregon’s CYSHCN”）（＃D70MC27548，金额为 30 万美元）。该项目不接收非政府资助。这些信息或内容和结论是作者的意见，不应解释为 HRSA、HHS 或美国政府的官方立场或政策、或暗示背书。*