|  |
| --- |
| **Совместный план лечения** для детей и подростков с особыми медицинскими потребностями |
| **Ф. И. О. ребенка/подростка:**  | **Получены необходимые разрешения:** [ ]  Да [ ]  Нет |
| **Как ребенок/подросток хочет, чтобы его называли:**  | **Дата совместного обсуждения:** |
| **Дата рождения:**  | **Место встречи для обсуждения:**  |
| **Родитель (-и):**  | **Кем предложено:**  |
| **Номер телефона родителей:**  | **Другое:**  |
| **Поставщик первичных медицинских услуг:**  | **Устный переводчик (если применимо):** |
| **Половая идентичность:** [ ]  М [ ]  Ж [ ]  Другое, пожалуйста, укажите: |
| **Местоимения:** [ ] Она/ее[ ] Он/его[ ] Другое, пожалуйста, укажите: |

|  |
| --- |
| **Сильные стороны и ценные качества ребенка/семьи** |
|  |

|  |
| --- |
| **Язык и культурные потребности ребенка/семьи** |
|  |

|  |
| --- |
| **Проблемы, требующие решения, и цели ребенка/семьи** |
| На сегодня:  |
|  |
| В долгосрочной перспективе:  |
|  |

|  |
| --- |
| **Краткая история болезни и лечения** |
| **Диагноз:**  |
| **Лекарственные препараты:**  |
| **Текущие процедуры:**  | **Ранее пройденные процедуры:** |
| **Медицинские работники:** |
| **Другая важная медицинская информация (аллергия/предупреждения):**  |
| **Предпочтительная больница:** | **Предпочтительная аптека:** |

|  |
| --- |
| **Краткое описание получаемых образовательных услуг и услуг, предоставляемых по месту проживания** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Контактный перечень членов группы**  | *Примечание. Инициалы возле Ф. И. О. для отметки посещаемости. Добавляйте строки по мере необходимости.* |
| **Ф. И. О.** | **Роль/обязанности** | **Лучший способ для контакта** |
|  | Член семьи |  |
|  | Поставщик первичных медицинских услуг |  |
|  | Образование |  |
|  | Психическое здоровье / поведенческие расстройства |  |
|  | Общественное здравоохранение  |  |
|  | План медицинского обслуживания / медицинское страхование  |  |
|  | Устный переводчик |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **План действий** | *Примечание. Добавляйте строки по мере необходимости.* |
| * Первой целью группы должна быть цель, которая определена семьей в качестве приоритетной.
* Если ребенку/подростку 12 или больше лет, включить минимум одну цель в отношении его перевода в систему здравоохранения для взрослых.
 |
| **Общая цель** | **Кто?** | **Что делает?** | **Сроки?** |
|  | Это лицо | Выполнит данное действие | К этой дате**Дата завершения действия:** |
| Это лицо | Выполнит данное действие | К этой дате**Дата завершения действия:** |
| Это лицо | Выполнит данное действие | К этой дате**Дата завершения действия:** |
| Это лицо | Выполнит данное действие | К этой дате**Дата завершения действия:** |
| **Дата постановки цели:** | **Примечания:** |
| **Дата достижения:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **План действий** | *Примечание. Добавляйте строки по мере необходимости.* |
| * Первой целью группы должна быть цель, которая определена семьей в качестве приоритетной.
* Если ребенку/подростку 12 или больше лет, включить минимум одну цель в отношении его перевода в систему здравоохранения для взрослых.
 |
| **Общая цель** | **Кто?** | **Что делает?** | **Сроки?** |
|  | Это лицо | Выполнит данное действие | К этой дате**Дата завершения действия:** |
| Это лицо | Выполнит данное действие | К этой дате**Дата завершения действия:** |
| Это лицо | Выполнит данное действие | К этой дате**Дата завершения действия:** |
| Это лицо | Выполнит данное действие | К этой дате**Дата завершения действия:** |
| **Дата постановки цели:** | **Примечания:** |
| **Дата достижения:** |

|  |  |
| --- | --- |
| **План действий** | *Примечание. Добавляйте строки по мере необходимости.* |
| * Первой целью группы должна быть цель, которая определена семьей в качестве приоритетной.
* Если ребенку/подростку 12 или больше лет, включить минимум одну цель в отношении его перевода в систему здравоохранения для взрослых.
 |
| **Общая цель** | **Кто?** | **Что делает?** | **Сроки?** |
|  | Это лицо | Выполнит данное действие | К этой дате**Дата завершения действия:** |
| Это лицо | Выполнит данное действие | К этой дате**Дата завершения действия:** |
| Это лицо | Выполнит данное действие | К этой дате**Дата завершения действия:** |
| Это лицо | Выполнит данное действие | К этой дате**Дата завершения действия:** |
| **Дата постановки цели:** | **Примечания:**  |
| **Дата достижения:** |

© 2020, rev. 2021 Oregon Health & Science University

*Настоящий проект финансируется Управлением ресурсов и служб здравоохранения (Health Resources and Services Administration, HRSA) Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) в рамках единовременной субсидии согласно разделу V свода законов штата Орегон относительно охраны здоровья матери и ребенка (#B04MC28122, в сумме 1 859 482 долларов США) и субсидии «Улучшения системы услуг Орегонского центра для детей и молодежи с особыми медицинскими потребностями» («Enhancing the System of Services for Oregon’s CYSHCN») (#D70MC27548, в сумме 300 000 долларов США). Этот проект не финансируется из негосударственных источников. Изложенное в настоящем документе является информацией, содержанием и заключениями автора и не должно быть истолковано как официальная позиция или политика HRSA, HHS или правительства США, а также не должно восприниматься как одобренное ими.*

*To request permission to use this template please contact* *occyshn@ohsu.edu*