



DOERNBECHER  
CHILDREN'S  
Hospital

## Добро пожаловать в Child Development and Rehabilitation Center и OHSU Doernbecher Children's Hospital

Мы считаем большой честью то, что вы поручили нам заботу о своем ребенке. Наша цель — оказывать услуги самого высокого качества своевременно и уважительно.

На следующей странице вы найдете список документов, которые вам будет необходимо предоставить для выполнения оценки состояния вашего ребенка.

Для того чтобы мы могли включить вашего ребенка в список ожидания приема, нам необходимо получить от вас все соответствующие документы. Отправьте документы как можно скорее по почте, факсу или электронной почте:

Oregon Health & Science University  
Attention: CDRC  
PO Box 574  
Portland, OR 97207-0574  
Факс: 503 494-4447  
Эл. почта: [cdrcnorthunit@ohsu.edu](mailto:cdrcnorthunit@ohsu.edu)

Если у вас возникнут вопросы или проблемы с заполнением этих форм или если вы хотите получить эту информацию на другом языке, позвоните по номеру 877-346-0640.

**Просим вас заполнять все формы черными чернилами, снимать копии со всех документов, которые вы посылаете нам по почте, и всегда сохранять оригиналы.**

Благодарим вас за то, что вы заполнили и вернули нам документы. Мы рады возможности работать с вами и вашей семьей.

*Если вам нужна эта информация на другом языке, позвоните по номеру 877-346-0640.*



## Часто задаваемые вопросы об оценках CDRC

### **Когда мне следует позвонить, чтобы узнать статус направления моего ребенка?**

CDRC получает каждую неделю много направлений, и мы стараемся связать вас с регистратурой OHSU в течение 48 часов. Если вы не получите от нас ответ в течение 5 рабочих дней, позвоните по номеру 503-346-0640.

### **Когда я получу пакет документов для приема?**

Позвоните по номеру 503-494-5252, чтобы обновить информацию о регистрации вашего ребенка, поскольку этот шаг обязателен (даже если вы ранее имели дело с CDRC). Во время разговора держите под рукой свою страховую карту. После обращения в регистратуру ваш пакет документов для приема должен прибыть в течение 10 рабочих дней.

### **Сколько следует ждать первого приема по вашей клинической программе?**

В CDRC оценка производится несколькими различными клиниками. Пациентов направляют в определенную клинику в зависимости от их возраста, симптомов, диагнозов (если они известны) и информации из возвращенного вами пакета документов для приема. В каждой клинике свое время ожидания, и вам, возможно, придется ждать приема несколько месяцев после возврата пакета документов.

### **Когда нужно позвонить, чтобы узнать номер моего ребенка в списке ожидания клинической программы?**

Вы можете позвонить, чтобы узнать это, если возвращенные вами документы для приема уже получены нашей клиникой (снимайте копии всех документов, отправляемых по почте), а также следует позвонить, чтобы сообщить нам об изменениях личной информации, например вашего адреса или номера телефона. Тем не менее просим вас подождать 90 дней, прежде чем звонить, чтобы узнать номер вашего ребенка в списке ожидания, поскольку столько времени часто требуется для обработки информации.

### **Покроет ли мое страхование эти расходы?**

Мы работаем с большинством страховых планов, но у каждого полиса свои условия. Рекомендуем вам заблаговременно связаться со своей страховой компанией и убедиться в том, что наши услуги покрываются, что мы входим в вашу страховую сеть и что необходимые разрешения заранее предоставлены. Тестирование на наличие нарушений обучаемости, если оно требуется, обычно не покрывается медицинским страхованием и может быть проведено вашим школьным округом.

### **Можно ли привести на прием других детей?**

Вы обязаны присутствовать в клинике в течение всего приема (его продолжительность может составлять от 1,5 до 6 часов). Просим вас не приводить на прием братьев и сестер ребенка и других членов семьи.



## CHILD DEVELOPMENT AND REHABILITATION CENTER

# Пакет документов для приема в программу

Для того чтобы мы могли включить вас в список ожидания приема, вам необходимо предоставить нам следующие документы. **Если вам нужна помощь или если вы хотите получить эту информацию на другом языке, позвоните по номеру 503-346-0640.**

*Снимайте копию со всех документов, которые вы посылаете нам по почте, и всегда сохраняйте оригиналы. Заполняйте все формы ЧЕРНЫМИ чернилами.*

### Что необходимо заполнить:

- История болезни пациента в OHSU Child Development and Rehabilitation Center.
- Для того чтобы создать или обновить учетную запись пациента в OHSU, позвоните в регистратуру по номеру 503-494-8505. Во время звонка держите под рукой информацию о страховании.

### Что необходимо получить из школы:

*Если вы хотите, чтобы школа отправила эту информацию непосредственно нам, то на этот случай прилагается форма «Разрешение на передачу информации».*

- Анкета, заполняемая педагогом
- Оценка по NICHQ Vanderbilt, информация от педагога  
*Заполняется педагогом, врачом, лицом, осуществляющим уход за ребенком в течение дня, или лицом, посещающим ребенка на дому.*

**Если ваш ребенок обучается по Индивидуализированный образовательный план (IEP) или 504 Plan, приложите также следующие документы:**

- Копия документов по Индивидуализированный образовательный план (IEP) или 504 Plan (при наличии).
- Копия результатов последнего тестирования или тестирования на наличие потребности в коррекционном обучении (при наличии).

### Другая информация (необязательно):

- Рекомендуем приложить копии результатов любого прошлого тестирования, относящегося к обучению, языку, сенсорным/моторным навыкам или поведению, И/ИЛИ недавних записей в истории болезни, сделанных специалистами, осуществляющими вмешательство.

### Отправьте пакет по почте на адрес:

Intake Coordinator  
Child Development and Rehabilitation Center (CDRC)  
901 E 18th Avenue  
Eugene, OR 97403

### Вы также можете отправить документы по факсу или электронной почте:

Факс: 503-346-6918  
Эл. почта: [eugenereferrals@ohsu.edu](mailto:eugenereferrals@ohsu.edu)



Oregon Health & Science University  
Hospitals and Clinics  
Doernbecher Pediatric

OC4501



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
АНАМНЕЗ ПАЦИЕНТА**

Страница 1 из 9

НОМЕР СЧЕТА  
НОМЕР МЕД. КАРТЫ  
ПОЛНОЕ ИМЯ  
ДАТА РОЖДЕНИЯ

*Идентификационные данные пациента*

**Заполните эту форму максимально полно. При необходимости используйте дополнительные листы.**

Ваши имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

Кем вы приходитесь ребенку: \_\_\_\_\_ Кто является законным опекуном ребенка? \_\_\_\_\_

Каким именем ваш ребенок предпочитает, чтобы его называли? \_\_\_\_\_

Если у вас дома говорят на других языках, какой язык ваш ребенок понимает лучше всего? \_\_\_\_\_

На каком языке ваш ребенок разговаривает чаще всего? \_\_\_\_\_

Поставьте флажок, если ребенок был усыновлен, и укажите страну, в которой он был рожден:  
\_\_\_\_\_ возраст ребенка в момент усыновления: \_\_\_\_\_

1. Какие проблемы беспокоят вас больше всего?
2. Когда они начали вас беспокоить?
3. Какие обследования проходил ваш ребенок или какое лечение он получал в отношении этих проблем?
4. Какие меры были приняты (включая лекарственные препараты), чтобы помочь вашему ребенку?
5. Чем ваш ребенок любит заниматься?
6. Каким бы вы хотели видеть результат этого посещения врача?
7. Как именно мы могли бы помочь вам больше всего?



## Текущие лекарственные препараты, диета и другие потребности в медицинской помощи

Перечислите все лекарственные препараты (полученные у врача, приобретенные без рецепта, витамины и пищевые добавки), которые ваш ребенок принимает в настоящий момент. (При необходимости используйте дополнительные листы.)

Проверяли ли ребенку зрение в прошедшем году?

Да  Нет

Результат проверки:  Норма  Отклонения

Проверяли ли ребенку слух в прошедшем году?

Да  Нет

Результат проверки:  Норма  Отклонения

Получил ли ребенок все необходимые для своего возраста вакцины?

Да  Нет

Не знаю

Аллергические реакции (перечислите):

Лекарственные препараты  Продукты питания  Другое  Неизвестно



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
АНАМНЕЗ ПАЦИЕНТА**

**Анамнез беременности и родов**

Возраст матери при рождении ребенка: \_\_\_\_\_

Сколько раз была беременной мать ребенка?  
\_\_\_\_\_

Какой по счету была беременность этим ребенком?  
\_\_\_\_\_

Были ли беременности, закончившиеся выкидышем или прерыванием?

Да  Сколько раз? \_\_\_\_\_

Нет  Не знаю

Ребенок находится на воспитании в чужой семье или был усыновлен, и доступ к перинатальному анамнезу ограничен

Мать ребенка употребляла алкоголь (поясните)	Да	Нет
--	----	-----

Мать ребенка употребляла рекреационные наркотики: (поясните)		
--	--	--

Родители ребенка испытывали сильный стресс или эмоциональную травму или подвергались физической травме		
--	--	--

Другие серьезные заболевания или осложнения во время беременности (поясните):		
---	--	--

Наблюдались ли у матери ребенка следующие состояния во время беременности:	Да	Нет
--	----	-----

Диабет		
--------	--	--

Повышенное кровяное давление		
------------------------------	--	--

Разрыв плодных оболочек более чем за 24 часа до родов		
---	--	--

Мать ребенка употребляла рецептурные препараты: (поясните)		
--	--	--

Мать ребенка курила (поясните)		
--------------------------------	--	--

Роды	Да	Нет
------	----	-----

Искусственно вызванные роды		
-----------------------------	--	--

<input type="checkbox"/> Использовались акушерские щипцы или применялась вакуум-экстракция		
--	--	--

Роды посредством кесарева сечения		
-----------------------------------	--	--

Многоплодные роды (двойней и т. д.)		
-------------------------------------	--	--

<input type="checkbox"/> Ребенок родился недоношенным; за сколько недель до срока: _____		
--	--	--

<input type="checkbox"/> Ребенок родился переношенным; через сколько недель после срока: _____		
--	--	--

Вес при рождении: _____		
-------------------------	--	--

Рост: _____		
-------------	--	--

Другие осложнения: (поясните)		
-------------------------------	--	--



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
АНАМНЕЗ ПАЦИЕНТА**

**Анамнез беременности и родов (продолжение)**

Наблюдались ли у ребенка после родов следующие состояния:	Да	Нет
Серьезные затруднения дыхания		
Инфекции		
Желтуха		
Парентеральное питание или питание через зонд		
Судороги или конвульсии		
Требовалось пребывание в палате интенсивной терапии (отделение интенсивной терапии новорожденных)		
Ребенка выписали домой, когда ему было _____ дн.		
Другие проблемы: (поясните)		

Кожа	Да	Нет
Экзема или крапивница		
Другие кожные заболевания (поясните):		
Родимые пятна (поясните):		

Сердечно-легочная деятельность (сердце и легкие)	Да	Нет
Астма		
Хронический кашель		
Пневмония		
Шумы в сердце или врожденный порок сердца		
Другие проблемы (поясните):		

**Информация о состоянии систем (дети всех возрастов)**

Глаза, уши, нос, рот, горло	Да	Нет
Проблемы со зрением или глазами		
Проблемы со слухом		
Частые ушные инфекции		
Проблемы с зубами		
Ребенок давится или его тошнит во время кормления		
Другие проблемы: (поясните)		



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
АНАМНЕЗ ПАЦИЕНТА**

Страница 5 из 9

НОМЕР СЧЕТА  
НОМЕР МЕД. КАРТЫ  
ПОЛНОЕ ИМЯ  
ДАТА РОЖДЕНИЯ

Идентификационные данные пациента

<b>Область живота (живот и кишечник)</b>	Да	Нет
Боль в животе		
Плохой аппетит		
Разборчивость в еде		
Приступы рвоты		
Частые запоры		
Частые диареи		
Другие проблемы (поясните):		

<b>Половые органы и мочепускающий канал</b>	Да	Нет
Недержание мочи во сне		
Инфекция мочепускающего канала или почек		
Недержание мочи днем		
Для девочек — началась ли менструация		
Другие проблемы: (поясните):		

<b>Мышцы и скелет</b>	Да	Нет
Дисплазия тазобедренного сустава или вывих бедра		
Деформация стопы или ноги		
Сколиоз или другая деформация спины		
Другие проблемы (поясните):		

<b>Нервная система</b>	Да	Нет
Частые головные боли		
Конвульсии или судороги		
Приступы фиксации взгляда		
Мышечные спазмы, неконтролируемые судороги		
Серьезные черепно-мозговые травмы или потеря сознания (поясните):		
Другие проблемы (поясните):		





**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
АНАМНЕЗ ПАЦИЕНТА**

НОМЕР СЧЕТА  
НОМЕР МЕД. КАРТЫ  
ПОЛНОЕ ИМЯ  
ДАТА РОЖДЕНИЯ

Страница 6 из 9

Идентификационные данные пациента

<b>Речь и язык</b>	Да	Нет	Не знаю
Задержки речи (отдельных звуков)			
Испытываете вы или другие проблемы с пониманием ребенка?			
Говорят ли у вас дома на других языках?			

<b>Сон</b>	Да	Нет	Не знаю
Громкий храп			
Трудности с засыпанием или сном			
Другие проблемы (поясните):			

<b>Развитие</b>	Возраст	Не знаю
Переворачивается с живота на спину или наоборот		
Садится без посторонней помощи		
Научился ползать		
Ходит самостоятельно		
Научился ездить на трехколесном велосипеде		
Научился ездить на двухколесном велосипеде		
Начал лепетать (издает звуки, похожие на «ба-ба» или «па-па»)		
Играет в игры, такие как прятки или ладушки		
Показывает на предметы, которые ему нужны		
Первыми словами были не «мама» или «папа», а другие		
Использует фразы из двух-трех слов		
Использует предложения		
Приучается к туалету в течение дня		



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
АНАМНЕЗ ПАЦИЕНТА**

НОМЕР СЧЕТА  
НОМЕР МЕД. КАРТЫ  
ПОЛНОЕ ИМЯ  
ДАТА РОЖДЕНИЯ

Страница 7 из 9

Идентификационные данные пациента

**Семейный анамнез** (заполните все поля и укажите всех членов вашей семьи или членов приемной семьи ребенка или членов семьи, из которой ребенок был взят на усыновление, если эти данные вам известны)

Имя и фамилия биологической матери: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_

Медицинские проблемы, проблемы с психическим здоровьем или проблемы в школе (с обучением)?

Да  Нет

Проживает вместе с ребенком?  Да  Нет

Имя и фамилия биологического отца: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_

Медицинские проблемы, проблемы с психическим здоровьем или проблемы в школе (с обучением)?

Да  Нет

Проживает вместе с ребенком?  Да  Нет

Другие члены семьи:

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Кем приходится пациенту: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_

Проживает вместе с ребенком?  Да  Нет

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Кем приходится пациенту: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_

Проживает вместе с ребенком?  Да  Нет

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Кем приходится пациенту: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_

Проживает вместе с ребенком?  Да  Нет

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Кем приходится пациенту: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_

Проживает вместе с ребенком?  Да  Нет

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Кем приходится пациенту: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_

Проживает вместе с ребенком?  Да  Нет

Имя и фамилия: \_\_\_\_\_ Кем приходится пациенту: \_\_\_\_\_ Возраст: \_\_\_\_\_

Проживает вместе с ребенком?  Да  Нет



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
АНАМНЕЗ ПАЦИЕНТА**

НОМЕР СЧЕТА  
НОМЕР МЕД. КАРТЫ  
ПОЛНОЕ ИМЯ  
ДАТА РОЖДЕНИЯ

Страница 8 из 9

*Идентификационные данные пациента*

**Анамнез биологической семьи:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Социальный анамнез

Серьезные заболевания или травмы у ребенка, опекуна или брата (сестры)  Да  Нет

Отсутствие места жительства (бездомный)  Да  Нет

Нехватка продуктов питания  Да  Нет

Напряженные отношения в семье в связи с потерей работы или доходов  Да  Нет

Финансовая нестабильность  Да  Нет

Отсутствие постоянной возможности пользоваться транспортом  Да  Нет

Хотели бы вы иметь доступ к ресурсам, которые могут помочь вам разрешить проблемы, отмеченные вами выше?

**События, происходящие в семье или дома, иногда могут оказывать влияние на поведение и способность человека к обучению.**

Поставьте здесь флажок, если вы предпочитаете ответить на следующие вопросы при личной встрече.

Отметьте, переживал ли пациент следующие события.

- У одного из родителей было психическое расстройство или психическое заболевание
- Конфликт между родителями о воспитании детей
- Привлечение в суд по делам несовершеннолетних или участие в судопроизводстве
- Взаимодействие с социальными учреждениями или органами опеки и попечительства
- Споры по вопросам прав опеки над ребенком
- Передача ребенка на воспитание в приемную семью
- Злоупотребление родителями психоактивными веществами или алкоголем
- Домашнее насилие или физическое насилие дома



**CHILD DEVELOPMENT  
AND REHABILITATION CENTER  
PATIENT MEDICAL HISTORY  
АНАМНЕЗ ПАЦИЕНТА**

НОМЕР СЧЕТА  
НОМЕР МЕД. КАРТЫ  
ПОЛНОЕ ИМЯ  
ДАТА РОЖДЕНИЯ

Страница 9 из 9

Идентификационные данные пациента

- Смерть одного из родителей или брата (сестры)
- Лечение у психотерапевта, психолога или психиатра
- Неисполнение обязанностей в отношении ребенка
- Физическое насилие
- Сексуальное насилие
- Развод родителей

### Забота о ребенке и образование

- Посещает ли ваш ребенок детский сад, школу или детское дошкольное учреждение?  Да  Нет

Название школы или программы: \_\_\_\_\_ Текущий класс: \_\_\_\_\_

Участвуют или участвовали ли они в программах раннего вмешательства или специальных образовательных программах?  Да  Нет

Получает ли ребенок какую-либо другую помощь?

- Индивидуальный Учебный план (IEP)     Индивидуальный план обслуживания семьи (IFSP)     Поддержка согласно разделу I     План 504

Укажите помощь, которую получает ваш ребенок (о которой вам известно). Выберите все подходящие варианты.

- Центр обучения или помещение с ресурсами
- Лечение у логопеда
- Эрготерапия
- Физиотерапия
- План по улучшению поведения
- План или протокол питания
- План 504, раздел I
- Не знаю

Психотерапия (с какой целью и сколько времени): \_\_\_\_\_

Чувствуете ли вы, что вашему ребенку требуется дополнительная помощь, которую он не получает дома или в школе? \_\_\_\_\_

Другое (укажите): \_\_\_\_\_

### Дополнительная информация

Есть ли еще какая-либо важная информация о вашем ребенке, которую нам нужно знать? При необходимости используйте дополнительные листы.

---

---

---



DOERNBECHER  
CHILDREN'S  
*Hospital*

**CHILD DEVELOPMENT AND REHABILITATION CENTER**

## Dear Teacher:

The parent(s)/guardian(s) of one of your students is seeking to have their child evaluated at the Child Development and Rehabilitation Center at Oregon Health & Science University. As part of the evaluation process, we are requesting the following information to assist us with the diagnosis and treatment of your student.

Please use black ink on all forms; make a copy of anything you send, and always keep your originals.

**Items to complete:**

- Teacher Vanderbilt Questionnaire (enclosed)
- Teacher Information Form (enclosed)

**Items to provide to parent:**

- Copy of Individualized Education Plan (IEP) or 504 Plan (if applicable)
- Copy of most recent special education eligibility testing (if applicable)

*We ask that you complete the questionnaires and provide us with any other information as soon as possible as we are unable to begin the student's evaluation without it. Your time and cooperation in this matter are greatly appreciated.*

You may give the completed questionnaires and other information directly to your student's parent or guardian for them to return to us. If the parent/guardian has signed a release of information, you may return the questionnaire directly to us at:

Oregon Health & Science University  
Attention: CDRC  
PO Box 574  
Portland OR 97207-0574  
Fax: 503-494-4447  
email: [cdrcnorthunit@ohsu.edu](mailto:cdrcnorthunit@ohsu.edu)



## BRIEF TEACHER BEHAVIORAL QUESTIONNAIRE

**Institute on Development  
and Disability (IDD)**

Child Development and  
Rehabilitation Center

Teacher's name: \_\_\_\_\_

School Name: \_\_\_\_\_

School Phone Number: \_\_\_\_\_

Today's Date: \_\_\_\_\_

tel 503-346-0640

877-346-0640

fax 503-494-4447

cdrcnorthunit@ohsu.edu

Mail code: CDRC

PO Box 574

Portland, OR 97207-0574

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of birth: \_\_\_\_\_

What are this student's biggest strengths as a student and classmate?

---

---

---

Do you have any concerns about the student's behavior? If yes, please briefly describe.

---

---

---

Does the student's behavior interfere with their academics? If yes, please briefly describe.

---

---

---

How does the student interact with his/her peers? (Does his/her behavior get in the way?)

---

---

---

---

Do you have any other concerns about the student?

---

---

---

What do you think this student needs to be successful in an educational environment?

---

---

---

Does the student receive any extra services at school? (i.e., IEP, 504 plan or other) If yes, please briefly describe.

---

---

---

---

Has the student had any previous testing done at school? If yes, please briefly summarize or provide copies of the results.

---

---

---

Please feel free to use additional sheets, if necessary.

---

---

---

---

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_