|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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/ееОн/егоДругое, 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*](mailto:occyshn@ohsu.edu)