



خدمات رعاية الحالات المعقدة (CCS)  
300 Longwood Avenue, Mailstop 3077, Boston, MA 02115  
هاتف: (617) 730-0621 | فاكس: (617) 355-6162

## نموذج المعايير والفرز لعيادة خدمات رعاية الحالات المعقدة (CCS)

تقديم عيادة خدمات رعاية الحالات المعقدة في مستشفى بوسطن للأطفال خدمات من خلال الزيارات الروتينية إلى العيادات الخارجية. وتنطلب خدماتنا من الأطفال الذين نفحصهم الحضور إلى مواعيد منتظمة يمكنهم فيها الوصول إلى الموارد التي يتبعها برنامجنا. ويشمل ذلك الوصول إلى مقدمي الخدمات لدينا.

يقدم برنامجنا:

- تقييمات طبية شاملة
- تواصلًا على مستوى مقدمي الرعاية بين الاختصاصيين
- دعم الاحتياجات المدرسية
- الدعم للأجهزة الطبية المستدامة (DME) والأدوية
- المساعدة في اتخاذ القرار والانتقال إلى رعاية البالغين
- الدعم في تشخيص الاحتياجات الطبية المزمنة وإدارتها والتعامل معها

يحتاج الأطفال الذين لديهم 3 أو أكثر من الحالات الطبية النشطة والمزمنة إلى متابعة من خلال خدمات رعاية الحالات المعقدة. ويجب أن تخضع كل حالة لمتابعة منتظمة مع مستشفى بوسطن للأطفال. ويعتمد أغلب الأطفال كذلك على تقييمات طبية مثل الأنابيب المعدية، أو فغر القصبة الهوائية/جهاز التنفس، أو غير ذلك من تقييمات الدعم.

### المعلومات الديموغرافية لطفلك

رقم السجل الطبي في مستشفى بوسطن للأطفال \_\_\_\_\_ التاريخ: \_\_\_\_\_

تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_ اسم المريض: \_\_\_\_\_

الجنس: [ ] ذكر / [ ] أنثى / [ ] متتحول جنسياً

يحتاج إلى مترجم فوري؟ [ ] نعم / [ ] لا اللغة الأساسية: \_\_\_\_\_

العنوان: \_\_\_\_\_

رقم الهاتف: \_\_\_\_\_

صلة القرابة بالمريض: \_\_\_\_\_ جهة الاتصال: \_\_\_\_\_

رقم تعريف العضوية: \_\_\_\_\_ التأمين الأساسي: \_\_\_\_\_

القائم بالإحالة (الاسم، المؤسسة، القسم): \_\_\_\_\_

طبيب الرعاية الأولية (PCP): \_\_\_\_\_

هل طفاك حالياً في الأقسام الداخلية (داخل المستشفى)? [ ] نعم / [ ] لا

إذا كانت الإجابة نعم: المؤسسة: \_\_\_\_\_

التخخيص: \_\_\_\_\_

تاريخ الخروج (مغادرة المستشفى) المتوقع: \_\_\_\_\_

## سبب الإحالة

- الحاجة إلى مساعدة في الإحالات إلى التخصصات الفرعية في مستشفى بوسطن للأطفال
  - ترتيب الرعاية في مستشفى بوسطن للأطفال
  - استشارة لمرة واحدة/رأي طبي ثانٍ
  - المساعدة في إدارة حالة طبية معقدة
  - اكتشاف فواث الرعاية
  - إدخال متكرر إلى المستشفى

## المشكلة (المشكلات) الحالية:

ما الأهداف الرئيسية لطلب مشاركة عيادة رعاية الحالات المعقدة في الرعاية المقدمة لطفلك؟  
(على سبيل المثال: تحسين التواصل بين مقدمي الرعاية).

ما مجالات الدعم الأهم بالنسبة إليك؟  
على سبيل المثال: الاحتياجات المدرسية، أو دعم الأجهزة الطبية المستدامة والوصفات الطبية، أو المساعدة في الرعاية على الطفل، أو ما إلى ذلك)  
يُرجى أيضًا إلاغنا بما إذا كانت لديك أي مخاوف طرائحة بخصوص أمور مثل العمليات الجراحية القادمة، أو الخروج مؤخرًا من المستشفى، أو أي شيء آخر.

**التقنيات الطبية** (يرجى تحديد جميع ما ينطبق)

- |  |                          |  |                          |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| جهاز مساعدة البُطْين، أو منظم ضربات القلب، أو غيرها من التقنيات القلبية المستقرة | <input type="checkbox"/> | فرger القصبة الهوائية +/- جهاز التنفس<br>الأكسجين المنزلي، CPAP أو BiPap                                 | <input type="checkbox"/> |
| فرger اللفافي، أو فرger القولون  | <input type="checkbox"/> | الأنبوب الأنفي المعدى، أو الأنبوب الأنفي الصائمي، أو فرger المعدة، أو الأنبوب المعدى الصائمي             | <input type="checkbox"/> |
| فرger المثانة، أو غيره من أشكال إجراءات القسطرة                                  | <input type="checkbox"/> | قسطرة مركزية (مع/بدون تغذية عن طريق الحقن)   | <input type="checkbox"/> |
| غرسة قوقعية  | <input type="checkbox"/> | تحويلة بُطْينية صفاقية، أو غيرها من التقنيات المخية المستقرة (تنبيه العصب المبهم، التحفيز العميق للدماغ) | <input type="checkbox"/> |
| غير ذلك (يرجى التحديد)   | <input type="checkbox"/> | مضخة الباكلوفين  | <input type="checkbox"/> |
| لا شيء   | <input type="checkbox"/> | الغسيل الكلوي الصفاقي، الغسيل الدموي   | <input type="checkbox"/> |

**المساعدة في الأجهزة/التوعية** (يرجى تحديد جميع ما ينطبق)

الكرسي المتحرك أو المشاية الطبية

أجهزة المساعدة على الحركة (مثل جهاز تدريب المشي)، أو مسند الوقف، أو غير ذلك. إذا لم يكن الجهاز مذكوراً هنا، فيرجى ذكره:

سرير طبي، أو حمالة هوير، أو غيرهما من التعديلات المنزلية

احتياجات خاصة بالدعامات (دعامات تقويم الكاحل والقدم، أو دعامات فوق الكعب، أو دعامات تقويم الفقرات الصدرية والقطنية والعجزية، أو غيرها) إذا لم يكن الجهاز مذكوراً هنا، فيرجى ذكره:

أجهزة التواصل التعزيزي

خدمات العلاج الطبيعي، أو العلاج الوظيفي، أو التناطُب، أو علاج البصر، أو غير ذلك. إذا لم يكن الجهاز مذكوراً هنا، فيرجى ذكره:

أجهزة تنفس: المساعدة على السعال، أو المرذاذ، أو جهاز المراقبة المنزلية، أو سترة العلاج الطبيعي للصدر، أو جهاز الشفط

المراقبة القلبية

أخرى (يرجى ذكره): \_\_\_\_\_

لا شيء

هل هناك برنامج تعليم فردي (IEP) مطبق: [ ] نعم [ ] لا

**الاختصاصيون الحاليون خارج مستشفى بوسطن للأطفال**

الشخص وسبب الرعاية التخصصية الفرعية	اسم مقدم الرعاية/المؤسسة	للستخدام المكتبي فقط: (لم استلام السجلات)
	مقدم الرعاية: _____	
	المؤسسة: _____	
	مقدم الرعاية: _____	
	المؤسسة: _____	
	مقدم الرعاية: _____	
	المؤسسة: _____	
	مقدم الرعاية: _____	
	المؤسسة: _____	

**ملاحظة:** يرجى إرسال أحد ملاحظات الخروج من المستشفى والملاحظات التخصصية وأو نتائج الاختبار عبر الفاكس  
إذا كان المريض خاصاً للمتابعة خارج مستشفى بوسطن للأطفال

فاكس خدمات رعاية الحالات المعقدة: 730-0621 (617)