



نموذج المعايير والفرز لعيادة خدمات رعاية الحالات المعقدة (CCS)

تقدم عيادة خدمات رعاية الحالات المعقدة في مستشفى بوسطن للأطفال خدمات من خلال الزيارات الروتينية إلى العيادات الخارجية. وتتطلب خدماتنا من الأطفال الذين نفحصهم الحضور إلى مواعيد منتظمة يمكنهم فيها الوصول إلى الموارد التي يتيحها 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 تقنيات طبية مثل الأنابيب المعدية، أو فغر القصبة الهوائية/جهاز التنفس، أو غير ذلك من تقنيات الدعم.

المعلومات الديموغرافية لطفلك

التاريخ: _____ رقم السجل الطبي في مستشفى بوسطن للأطفال _____

اسم المريض: _____ تاريخ الميلاد: _____

الجنس: [] ذكر / [] أنثى / [] متحول جنسيًا

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

العنوان: _____

رقم الهاتف: _____ [] الهاتف الخليوي [] هاتف المنزل

جهة الاتصال: _____ الهاتف: _____ صلة القرابة بالمريض

التأمين الأساسي: _____ رقم تعريف العضوية: _____

القائم بالإحالة (الاسم، المؤسسة، القسم) _____ الهاتف: _____

طبيب الرعاية الأولية (PCP): _____ الهاتف: _____

هل طفلك حاليًا في الأقسام الداخلية (داخل المستشفى)؟ [] نعم / [] لا

إذا كانت الإجابة نعم: المؤسسة: _____ تاريخ الخروج (مغادرة المستشفى) المتوقع: _____

التشخيص: _____

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 فجوات 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 الوصاية على الطفل، أو ما إلى ذلك)
يُرجى أيضاً إبلاغنا بما إذا كانت لديك أي مخاوف طارئة بخصوص أمور مثل العمليات الجراحية القادمة، أو الخروج مؤخرًا من المستشفى، أو أي شيء آخر.

التقنيات الطبية (يُرجى تحديد جميع ما ينطبق)

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

المساعدة في الأجهزة/التوعية (يُرجى تحديد جميع ما ينطبق)

- ☐ الكرسي المتحرك أو المشاية الطبية
- ☐ أجهزة المساعدة على الحركة (مثل جهاز تدريب المشي)، أو مسند الوقوف، أو غير ذلك. إذا لم يكن الجهاز مذكورًا هنا، فيُرجى ذكره: _____
- ☐ سرير طبي، أو حمالة هوير، أو غيرهما من التعديلات المنزلية
- ☐ احتياجات خاصة بالدعائم (دعائم تقويم الكاحل والقدم، أو دعائم فوق الكعب، أو دعائم تقويم الفقرات الصدرية والقطنية والعجزية، أو غيرها) إذا لم يكن الجهاز مذكورًا هنا، فيُرجى ذكره: _____
- ☐ أجهزة التواصل التعزيزي
- ☐ خدمات العلاج الطبيعي، أو العلاج الوظيفي، أو التخاطب، أو علاج البصر، أو غير ذلك. إذا لم يكن الجهاز مذكورًا هنا، فيُرجى ذكره: _____
- ☐ أجهزة تنفس: المساعدة على السعال، أو المرذاذ، أو جهاز المراقبة المنزلية، أو سترة العلاج الطبيعي للصدر، أو جهاز الشفط
- ☐ المراقبة القلبية
- ☐ أخرى (يُرجى ذكره): _____
- ☐ لا شيء

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

الاختصاصيون الحاليون خارج مستشفى بوسطن للأطفال

التخصص وسبب الرعاية التخصصية الفرعية	اسم مقدم الرعاية/المؤسسة	للاستخدام المكتبي فقط: (تم استلام السجلات)
	مقدم الرعاية: _____ المؤسسة: _____	
	مقدم الرعاية: _____ المؤسسة: _____	
	مقدم الرعاية: _____ المؤسسة: _____	
	مقدم الرعاية: _____ المؤسسة: _____	

ملاحظة: يُرجى إرسال أحدث ملاحظات الخروج من المستشفى والملاحظات التخصصية و/أو نتائج الاختبار عبر الفاكس إذا كان المريض خاضعًا للمتابعة خارج مستشفى بوسطن للأطفال

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