

## 首期专业康复计划

豁免参与者姓名		医疗服务提供者姓名
病例管理者姓名		日期计划已书写或修订
当前豁免		
<p>说明专业康复的目标分类：</p> <p><input type="checkbox"/> <u>自我赋权</u> - 支持提高自尊、自信和技能，实现个人发展目标</p> <p><input type="checkbox"/> <u>安全意识和自我倡导</u> - 支持提高安全意识和有效自我表达需求、愿望和目标</p> <p><input type="checkbox"/> <u>人际效能与有效的社会交往</u> - 支持开发社交技能，建立和维持关系或提升社区和家庭包容性</p> <p><input type="checkbox"/> <u>应对日常生活挑战的策略</u> - 支持提高解决问题的能力 and 压力管理技巧</p> <p><input type="checkbox"/> <u>管理日常任务，习得适应技能</u> - 支持开发技能，在社区安居乐业并提高独立性</p>		
<b>自我管理及康复训练 (SMART) 目标</b>		
描述第 4.20 号政策中提出的目标。每个计划不超过三个目标。		<b>SMART 目标如下：</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Specific</b> (具体化)</li> <li>• <b>Measurable</b> (可量化)</li> <li>• <b>Achievable</b> (可实现)</li> <li>• <b>Relevant</b> (相关性)</li> <li>• <b>Time-bound</b> (时限性)</li> </ul>
目标 1		
目标 2		
目标 3		
<b>提供服务的频率</b>		
预期服务频率和持续时间（预期为客户提供的服务多久一次，实现目标需要多长时间）：		
目标 1		
目标 2		
目标 3		
<b>帮助实现目标的计划（使用什么方法和技巧来支持客户）</b>		
目标 1		
目标 2		
目标 3		
<b>如何衡量进展？衡量指标如何确定服务的结论？</b>		
目标 1		
目标 2		
目标 3		

如果豁免参与者出现潜在的基础医疗、精神健康或教育支持等方面的需求，请列出转诊建议（可以向护理协调员、治疗专业人士或 DDA 转诊）：

转诊日期：

**签名**

医疗服务提供者签名	日期	法定代表人签名	日期
豁免参与者签名	日期	DDA 病例 / 资源管理者签名	日期

## 首期专业康复计划说明

**豁免参与者姓名：**添加客户姓名。

**医疗服务提供者姓名：**添加直接为客户提供服务的医疗服务提供者的姓名。如果是机构，请添加机构的名称，然后添加提供服务的具体临床医生 / 个人的姓名。

**病例管理者姓名：**包括客户病例管理者的姓名。

**书写或修订完毕的日期计划：**包括本计划何时完成。

**当前豁免：**包括客户注册的当前 DDA 豁免。

**说明专业康复的目标分类：**根据客户想要的专业康复类别勾选复选框。切勿勾选超过目标的复选框。例如：如果客户有三 (3) 个目标（在任何时间均为最大值），则必须仅勾选三 (3) 个或以下复选框。一个类别下可能有多个适当目标，所以有可能有三个 (3) 目标，但在此区域中只有两个 (2) 复选框。

**描述第 4.20 号政策中提出的目标。每项计划不超过三个目标：**在 S.M.A.R.T 目标标准中，使用表格右侧的小图表作为指导，确定客户已有的目标。客户想要什么？他们的目标是什么？需要以客户为本，从客户的角度出发。

**服务的预期频率和持续时间是多少？**描述客户实现目标之前，专业康复服务预计持续多久。为了实现目标，客户需要医疗服务提供者多久提供一次服务？例如：每周一次，每次二 (2) 小时，持续三 (3) 个月。

**帮助实现目标的计划（用什么方法和技巧支持客户）：**用什么方法和技术帮助客户实现目标？在此予以描述。

**如何衡量进展？衡量指标如何确定服务的结论？**确定如何衡量目标完成情况或如何实现目标。客户何时才能知道他们已经达到目标，或者何时才能知道不再需要服务？

**如果豁免参与者出现潜在的基础医疗、精神健康或教育支持等方面的需求，请列出转诊建议（可以向护理协调员、治疗专业人士或 DDA 转诊）：**在本节中列出任何除专业康复所能提供的转诊之外对于客户有必要的转诊。需要考虑的因素的示例：是否对学龄客户的心理健康表现或教育需求有任何担忧？客户是否需要转诊到与其尚未建立关系的资源？

**医疗服务提供者签名：**SH 医疗服务提供者将在此签名。

**法定代表人签名：**如适用，客户的法定代表人需要在此签名，同意此首期计划。

**豁免参与者签名：**客户必须在此签名。

**DDA 病例资源管理者签名：**客户病例管理者需要在此签名。