

Медицинские услуги			
ID поставщика услуг			
Принимаемые лекарственные средства	Доза	Частота	Причина назначения
Лекарственные средства по необходимости	Описать протокол применения		
Описать какой тип помощи необходим при приеме лекарственных средств или применении мазей или капель (включая витамины):			
<input type="checkbox"/> Только присмотр <input type="checkbox"/> Устные подсказки <input type="checkbox"/> Подать чашку <input type="checkbox"/> Измельчит и добавит в еду <input type="checkbox"/> Физическая помощь <input type="checkbox"/> Введение лекарственных средств через гастрономическую трубку <input type="checkbox"/> Пациент не принимает препаратов для местного или перорального введения <input type="checkbox"/> Другое:			
Аллергии (описать)			
Ограничения по питанию / пищевые предпочтения (описать)			
Припадочное расстройство? Если да, опишите тип, частоту, последний случай припадка и включите предписываемый протокол на случай припадка (при наличии)			
<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет			
Лечащий врач		НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
Стоматолог		НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
Другие врач(и) (указать тип)		НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
Другой поставщик медицинских услуг или услуг по охране психического здоровья (указать тип)		НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
Другой поставщик медицинских услуг или услуг по охране психического здоровья (указать тип)		НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
Опишите как клиент описывает свои болевые ощущения:			
Опишите способность к речи и общению, включая такие потребности как: система общения с помощью обмена карточками/картинками (PECS), наглядный график, устройство для общения и пр.:			
Психическое здоровье			
<input type="checkbox"/> Блуждание / Побег	<input type="checkbox"/> Бросание предметов	<input type="checkbox"/> Склонность к нанесению себе увечий	
<input type="checkbox"/> Скрывание	<input type="checkbox"/> Порча имущества	<input type="checkbox"/> Физическая агрессивность	
<input type="checkbox"/> Резкие движения	<input type="checkbox"/> Стимул	<input type="checkbox"/> Проблемы со стулом	
<input type="checkbox"/> Открывание дверей движущейся машины	<input type="checkbox"/> Чувствительность / шум / касания	<input type="checkbox"/> Нарушение мочеиспускания	
<input type="checkbox"/> PICA (поедание несъедобных объектов)	<input type="checkbox"/> Булимия	<input type="checkbox"/> Выкрикивания	
<input type="checkbox"/> Проглатывание опасных веществ	<input type="checkbox"/> Анорексия	<input type="checkbox"/> Кусание	
<input type="checkbox"/> Поджог	<input type="checkbox"/> Мотание головой	<input type="checkbox"/> Неприемлемое сексуальное поведение	

Каким было самое подозрительное поведение дома, в сообществе или школе?
Каких вещей следует избегать (громкая музыка, прикосновение, пища, и пр.)?
Какие вопросы безопасности Вас беспокоят?
Требования к присмотру: Опишите уровень присмотра в отношении здоровья и безопасности: минимальный, в поле зрения, один на один, присутствие персонала, и пр.
Существуют ли ограничительные процедуры или физические вмешательства, которые Вы используете для предотвращения вызывающего поведения (шины для руки, шлемы, стропы, и пр.)? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, опишите: Примите во внимание, что лицам, оказывающим помощь может потребоваться запросить письменные инструкции от лечащего специалиста в отношении использования защитного оборудования, например шлемов и шин.
Используется ли в школе или дома план поддержки поведения? <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет Если да, предоставьте копию плана для включения в анкету для получения помощи.
Используется ли в вашем доме сигнализация? Если да, опишите:
Потребность в присмотре в обществе (1 на 1 в обществе согласно необходимости, присмотр может осуществляться в присутствии других детей):
Повседневный режим: Предоставьте наиболее полную информацию о повседневном режиме.
Утренний режим: Опишите режим пациента и предпочтения, включая время суток, время приема пищи, приема ванны или душа.
Вечерний режим и укладывание спать: Опишите режим пациента и предпочтения, включая время суток, время приема пищи, приема ванны или душа.
Обычный день в школе: Опишите режим и предпочтения клиента.

Обычный день вне школы: Опишите режим и предпочтения клиента.

Отдых / Активности / Взаимодействие с обществом
Опишите личные предпочтения касательно следующего:

Предпочитаемые виды отдыха и занятия в обществе:

Предпочитаемые виды деятельности дома и в обществе. Виды деятельности, которых следует избегать дома и в обществе.

Имеются ли требования с точки зрения культуры и религии? Если да, опишите:

Посетители - Укажите людей, которым можно посещать Вашего ребенка во время оказания помощи.

ПОЛНОЕ ИМЯ	Тип контакта <input type="checkbox"/> Посетитель <input type="checkbox"/> Телефон	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

ПОЛНОЕ ИМЯ	Тип контакта <input type="checkbox"/> Посетитель <input type="checkbox"/> Телефон	НОМЕР ТЕЛЕФОНА
АДРЕС	ГОРОД	ШТАТ ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС

Пересмотр анкеты и подписи

Имя лица, заполняющего форму (если не родители)	Подпись	ДАТА
Подпись одного из родителей (если кто-то заполняет эту форму от Вашего лица)		ДАТА