

دليل الرعاية قصيرة المدى

الدليل القابل للتعبئة للتجهيز لتغيير غير متوقع في الرعاية



الاسم: التاريخ:

معلومات العائلة

الرعاية الرئيسي الأول: العنوان

رقم الهاتف وصي شرعي؟
نعم

موفر الرعاية الرئيسي الثاني: العنوان

رقم الهاتف وصي شرعي؟
نعم

الآخرون الذين يوفرون الرعاية

الاسم: العنوان

رقم الهاتف وصي شرعي؟
نعم

ملاحظات

الاسم: العنوان

رقم الهاتف وصي شرعي؟
نعم

ملاحظات

المعلومات الشخصية

العنوان

رقم الهاتف

جهة (جهات) الاتصال في حالات الطوارئ

الاسم: رقم الهاتف

العلاقة بالشخص

*حدد أفراد الأسرة أو أفراد الرعاية الآخرين غير المقيمين في نفس المنزل الذين يعملون كجهة اتصال ثانية في حالات الطوارئ.

جهة الاتصال الثانية: رقم الهاتف

العلاقة بالشخص

مدير / منسق الرعاية

الاسم: رقم الهاتف

وكالة

الروتين اليومي

النظافة الشخصية

هل تم استكمال ما يلي بشكل مستقل؟

الاستحمام
نعم لا أحياناً
الدعم المطلوب

غسل الأسنان
بالفرشاة
نعم لا أحياناً
الدعم المطلوب

استخدام الحمام
نعم لا أحياناً
الدعم المطلوب

إثناء الدورة
الشهرية
نعم لا غير متاح
الدعم المطلوب

منتجات / إستراتيجيات إدارة الدورة

روتين وقت الفحص

أنشطة الفحص المفضلة

الحدود توجيهات أخرى

الجدول الزمني النوم

وقت النوم العام

الاستيقاظ العام

المخاوف
المتعلقة بالنوم

إرشادات / توجيهات دعم النوم الجيد

إجراءات روتينية أو أشياء أو أنشطة خاصة

ملاحظات أخرى:

معلومات أخرى

الأنشطة المفضلة

النفور الحسي

المحفزات السلوكية

أسلوب التواصل

استخدام جهاز تواصل؟
نعم لا النوع:

الحساسية والنظام الغذائي

معلومات الحساسية

الحساسية رقم 1

رد الفعل

الحساسية

العلاج

الحساسية رقم 2

رد الفعل

الحساسية

العلاج

الحساسية رقم 3

رد الفعل

الحساسية

العلاج

معلومات النظام الغذائي



تعليمات غذائية خاصة

الأطعمة المفضلة

الإستراتيجيات السلوكية أو إستراتيجيات وجبات الطعام الأخرى

معلومات أخرى

عدم تحمل الطعام / ردود الفعل تجاهه

موفرو الرعاية والسلامة

معلومات المدرسة / مركز رعاية الطفل / مكان العمل



اسم المنظمة	رقم الهاتف				
العنوان					
النوع	مدرسة	مركز الرعاية النهارية	مكان العمل	منشأة سكنية	
جهة الاتصال المفضلة رقم 1	رقم الهاتف				
جهة الاتصال المفضلة رقم 2	رقم الهاتف				

ملاحظات

معلومات المدرسة / مركز رعاية الطفل / مكان العمل



اسم المنظمة	رقم الهاتف				
العنوان					
النوع	مدرسة	مركز الرعاية النهارية	مكان العمل	منشأة سكنية	
جهة الاتصال المفضلة رقم 1	رقم الهاتف				
جهة الاتصال المفضلة رقم 2	رقم الهاتف				

ملاحظات

معلومات أخرى

موقع الوثائق ذات الصلة (على سبيل المثال، السجلات المدرسية، خطة IEP/504، خطة التدريب الوظيفي):

موقع أجهزة الاتصال / الأشياء الحساسة / وسائل الدعم الأخرى:

ما الخدمات يتم تقديمها في المدرسة أو في مكان العمل؟

معلومات السلامة



(على سبيل المثال، التجول أو الهروب، وتناول الأشياء غير الغذائية)

عوامل الخطر:

وسائل دعم السلامة الناجحة أو المفضلة:

المعلومات الصحية

معلومات صحية طبية / سلوكية مهمة



اسم الصيدلانية

رقم الهاتف

العنوان

موفر الرعاية
الرئيسية

رقم الهاتف

العنوان

خطة وثيقة
التأمين

رقم وثيقة
التأمين

ملاحظات
طبية



الأدوية

الدواء رقم 1

الاسم

الجرعة

التعليمات

ملاحظات (عمليات إعادة صرف الأدوية وما إلى ذلك)

الدواء رقم 2

الاسم

الجرعة

التعليمات

ملاحظات (عمليات إعادة صرف الأدوية وما إلى ذلك)

طبيب الأسنان

الاسم

العنوان

رقم الهاتف

خطة وثيقة
التأمين

رقم وثيقة
التأمين

ملاحظات

الدواء رقم 3

الاسم

الجرعة

التعليمات

ملاحظات (عمليات إعادة صرف الأدوية وما إلى ذلك)

موفرو الرعاية الصحية

موفرو الرعاية المتخصصون

موفر الرعاية المتخصص رقم 1

اسم موفر الرعاية	رقم الهاتف
العنوان	
تخصص موفر الرعاية	خطة وثيقة التأمين
ملاحظات طبية	رقم وثيقة التأمين
	تكرار الزيارات

موفر الرعاية المتخصص رقم 2

اسم موفر الرعاية	رقم الهاتف
العنوان	
تخصص موفر الرعاية	خطة وثيقة التأمين
ملاحظات طبية	رقم وثيقة التأمين
	تكرار الزيارات

موفر الرعاية المتخصص رقم 3

اسم موفر الرعاية	رقم الهاتف
العنوان	
تخصص موفر الرعاية	خطة وثيقة التأمين
ملاحظات طبية	رقم وثيقة التأمين
	تكرار الزيارات

معلومات طبية أخرى

وصف كيفية وصول الفرد إلى المواعيد الطبية وأي تعليمات خاصة متعلقة بذلك

موقع السجلات الصحية:

المعلومات الطبية

معلومات الأجهزة الطبية

الجهاز رقم 1

اسم الجهاز	الموقع	
الغرض		
الرقم المسلسل	تاريخ انتهاء الصلاحية	
اسم المورد	رقم هاتف المورد	
ملاحظات حول استخدام الجهاز		

الجهاز رقم 2

اسم الجهاز	الموقع	
الغرض		
الرقم المسلسل	تاريخ انتهاء الصلاحية	
اسم المورد	رقم هاتف المورد	
ملاحظات حول استخدام الجهاز		

الجهاز رقم 3

اسم الجهاز	الموقع	
الغرض		
الرقم المسلسل	تاريخ انتهاء الصلاحية	
اسم المورد	رقم هاتف المورد	
ملاحظات حول استخدام الجهاز		

تم تطوير هذا الدليل القابل للتعبئة من قبل مركز
Strong Center for Developmental
Division of Disabilities في قسم
Developmental and Behavioral

يعد مركز *Strong Center for Developmental*
(SCDD) Disabilities

واحدا من 67 مركزا جامعيًا للتميز في الإعاقات التنموية، وهو عضو في رابطة
Association of University Centers on
Disabilities (AUCD)، وهي شبكة من المراكز متعددة التخصصات التي
تعمل على تطوير السياسات والممارسات للأفراد ذوي الإعاقات النمو وغير ذلك من



UNIVERSITY of
ROCHESTER
MEDICAL CENTER



AUCD

ASSOCIATION OF UNIVERSITY CENTERS ON DISABILITIES
THE LEADERSHIP, EDUCATION, ADVOCACY & RESEARCH NETWORK

يمكنكم زيارتنا في موقع الويب الخاص بنا [WWW . SCDD . URMC . EDU](http://WWW.SCDD.URMC.EDU)