

### استبيان تقديم الرعاية

يرجى إكمال المعلومات التالية على أفضل وجه ممكن. سيقوم المعالج الخاص بالعميل بمراجعة إجاباتك وتوضيحها.

العلاقة بالعميل:		اسم الشخص الذي يكمل هذا النموذج:
تاريخ الميلاد:		اسم العميل:
سبب الرعاية:		هل هذا العميل يخضع للرعاية البديلة؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> في الماضي
مدة الرعاية ومتى تلقاها إذا كانت الرعاية في الماضي؟		الحالة الزوجية للوالدين: <input type="checkbox"/> متزوج/متزوجة <input type="checkbox"/> منفصل/منفصلة <input type="checkbox"/> مطلق/مطلقة <input type="checkbox"/> أرمل/أرملة <input type="checkbox"/> لم يتزوجا أبداً
		إذا كان الوالدان مطلقان، فمن له الوصاية القانونية؟ <input type="checkbox"/> الأب <input type="checkbox"/> مسؤولة <input type="checkbox"/> مشتركة <input type="checkbox"/> أخرى
عنوان المنزل:	اسم العائلة قبل الزواج:	اسم الأم:
	الهاتف (العمل):	الهاتف (المنزل/المحمول):
عنوان المنزل:	الهاتف (العمل):	اسم الأب:
	الهاتف (العمل):	الهاتف (المنزل/المحمول):

### 1. المشكلة التي يتعرض لها العميل

صف بإيجاز المشكلة الرئيسية التي تسعى للحصول على مساعدة متعلقة بها من أجل هذا العميل اليوم؟


### 2. تاريخ الصحة العقلية للعميل

هل سبق أن زار هذا العميل طبيباً نفسانياً أو معالجاً نفسياً؟  لا  نعم

ماذا كانت الحالة (الحالات) أو التشخيص (التشخيصات)؟  
قدم تاريخ الخدمات ومعلومات الاتصال الخاصة بالأخصائي الصحي.

هل شارك هذا العميل في أي من الأمور التالية؟

هل كانت لديه أفكار (لفظية، مكتوبة، إلخ.) بقتل نفسه أو إيذائها؟  لا  نعم  التاريخ/التواريخ:

هل حاول الانتحار؟  لا  نعم  التاريخ/التواريخ: الطريقة/الطرق:

هل جرح/أذى نفسه عمدًا؟  لا  نعم  التاريخ/التواريخ: الطريقة/الطرق:

أجب عن التالي عن هذا العميل.

هل يعاني من مشكلات خاصة بالتعبير عن الذات؟  لا  نعم

هل يرفض التحدث في بعض الأحيان؟  لا  نعم

هل يشعر بالوسوسة تجاه أشياء ما؟  لا  نعم

هل يشعر بأنه غير متوافق مع جنسه المُعين عند الولادة؟  لا  نعم

هل سبق أن كان هذا العميل يتناول دواءً نفسياً موصوفاً بواسطة أخصائي صحة؟  لا  نعم

اسم الدواء:	التواريخ	التفاعلات السلبية <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم :
-------------	----------	--

اسم الدواء:	التواريخ	التفاعلات السلبية <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم :
-------------	----------	--

اسم الدواء:	التواريخ	التفاعلات السلبية <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم :
-------------	----------	--

هل سبق أن خضع هذا العميل لاختبار نفسي؟  لا  نعم

ما هو سبب إجراء الاختبار؟

قدم التاريخ والمكان اللذين تم فيهما إجراء التقييم.

✓ قدم قائمة بأسماء الاختبارات التي أجريت لهذا العميل (إذا كانت معروفة) و/أو أحرص نسخة من تقرير الاختبار النفسي إلى موعدك التالي.

### 3. معلومات أساسية عن الأسرة

قدم معلومات عن إخوة العميل بما في ذلك الاسم والعمر والجنس.

الاسم	العمر	الجنس	صلة القرابة	الاسم	العمر	الجنس	صلة القرابة
		ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	شقيق <input type="checkbox"/> نصف شقيق <input type="checkbox"/> غير شقيق <input type="checkbox"/>			ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	شقيق <input type="checkbox"/> نصف شقيق <input type="checkbox"/> غير شقيق <input type="checkbox"/>
		ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	شقيق <input type="checkbox"/> نصف شقيق <input type="checkbox"/> غير شقيق <input type="checkbox"/>			ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	شقيق <input type="checkbox"/> نصف شقيق <input type="checkbox"/> غير شقيق <input type="checkbox"/>
		ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	شقيق <input type="checkbox"/> نصف شقيق <input type="checkbox"/> غير شقيق <input type="checkbox"/>			ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	شقيق <input type="checkbox"/> نصف شقيق <input type="checkbox"/> غير شقيق <input type="checkbox"/>
		ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	شقيق <input type="checkbox"/> نصف شقيق <input type="checkbox"/> غير شقيق <input type="checkbox"/>			ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/>	شقيق <input type="checkbox"/> نصف شقيق <input type="checkbox"/> غير شقيق <input type="checkbox"/>

هل تم تبني هذا العميل؟  لا  نعم . إذا كان الجواب بنعم، ففي أي عمر؟ \_\_\_\_\_

أكمل المعلومات التالية فيما يتعلق بظروف الصحة العقلية للأسرة وعلاجها.

إدمان المخدرات	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الانتحار	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	مشاكل الانتباه	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
إدمان الكحول	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	محاولات الانتحار	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	مشاكل التعلم	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
الاكتئاب	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الاكتئاب الهوسي	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الفصام	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
البقاء في المستشفى بسبب الأمراض النفسية	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الأدوية النفسية	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	مشورة/علاج الصحة العقلية	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم

### 4. التاريخ التنموي للعميل

أكمل المعلومات التالية بخصوص حمل الأم البيولوجية.

رعاية غير كافية قبل الولادة	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	كانت الأم تعاني من مشاكل عاطفية	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
أم مدخنة	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	تعرضت الأم للتدخين غير المباشر	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
تناولت الأم الكافيين	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	كانت الأم ضحية للعنف	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
تعاطت الأم المخدرات / الكحول	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	كانت الأم تعاني من مشاكل طبية	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
كانت الأم تتناول أدوية	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	تم نقل الأم إلى المستشفى	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
تعرضت الأم لحادث / إصابة	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	أخرى: (حدد)	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم

أكمل المعلومات التالية بخصوص ولادة العميل.

العميل سابق لأوانه	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	تأخر البكاء	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
صحبت الولادة مضاعفات	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	أعطى الطفل الأوكسجين أو تم نقل الدم له	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
وكان المجيء بالمقعدة، أو ولادة قيصرية أو باستخدام الملقاط	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	وضع الطفل في الحاضنة	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
ضائقة جنينية	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	بقي الطفل في المستشفى بعد أن ذهبت الأم إلى المنزل.	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم

وضح ما إذا كان العميل قد عانى من أي تأخير / مشاكل في المؤشرات السلوكية/التنموية التالية.

الاحتفاظ بالرأس مرفوعاً	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	تدريب الأمعاء أو المثانة (استخدام المرحاض)	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
تعلم الرابطة به غيره	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	إطعام نفسه بالمعلقة	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
تعلم الجلوس وحده	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	ربط الأحذية	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
تعلم الزحف	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	خلع الملابس بنفسه	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
النوم طيلة الليل	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	كتابة اسمه	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
تعلم المشي	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	القدرة على الانسجام مع الأصدقاء	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
تعلم الكلام	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	أخرى: (حدد)	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم

تشير إذا كان العميل قد اعرض لأي مما يلي.

الاعتداء الجسدي	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> متى؟
الإهمال (على سبيل المثال، نقص الغذاء والمأوى والملابس)	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> متى؟
الاعتداء الجنسي أو التحرش الجنسي	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> متى؟
سوء المعاملة العاطفية	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> متى؟
ضحية للعنف الأسري	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> متى؟

## 5. التاريخ المدرسي للعميل

ما هو الصف الحالي الذي يدرس به هذا العميل؟  مرحلة ما قبل المدرسة  رياض الأطفال  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12

حدد ما إذا كان هذا العميل قد تلقى و/أو يتلقى حاليًا أيًا من خدمات الدعم التالية في المدرسة.

العلاج الوظيفي	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الصف الدراسي؟
العلاج الطبيعي	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الصف الدراسي؟
علاج التخاطب	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الصف الدراسي؟
غرفة الموارد	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الصف الدراسي؟
الاستشارات	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الصف الدراسي؟
الدروس الخصوصية	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الصف الدراسي؟
ترتيبات تيسيرية للاختبار	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الصف الدراسي؟
1:1 التعليم (على سبيل المثال، من مساعد المعلم)	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الصف الدراسي؟
أخرى: (حدد)	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الصف الدراسي؟

هل هذا العميل لديه خطة تعليم فردي (Individualized Education Plan, IEP) أو خطة 504؟  نعم  لا. إذا كانت الإجابة بنعم، يرجى إحضارها في زيارتك القادمة.

## 6. السلوكيات عالية المخاطر للعميل

حدد ما إذا كان العميل قد تورط في المشاركة في أي من السلوكيات التالية عالية المخاطر.

عصابات؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	إرسال محتوى جنسي عبر الرسائل؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
استخدام الأسلحة؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	القيادة الخطرة؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
ممارسة نشاط جنسي محمي/غير محمي؟	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	أخرى: (حدد)	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم

## 7. التاريخ الطبي للعميل

اسم الطبيب/ طبيب الأطفال الخاص بالعميل:	المدينة:
هاتف عيادة طبيب الأطفال:	تاريخ آخر اختبار بدني:
هل يزور العميل طبيب أسنان بانتظام؟ <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	تاريخ آخر فحص للأسنان:

هل يعاني هذا العميل من أي من الحالات الطبية التالية؟

عيوب خلقية	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	صعوبات/مشاكل في الأكل	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
ارتفاع ضغط الدم	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الحمل	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
مشاكل في المعدة	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	مشكلة في الكلى	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
الدوار أو الإغماء	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	داء السكري	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
إصابة في الرأس	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	قصور السمع	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
الربو، حمى القش، شرى طفحي، طفح جلدي	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	قصور البصر	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
حالات الحساسية: (حدد)	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	مشكلات الظهر أو العضلات أو المفاصل	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
جراحات/مرض خطير/حوادث	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الالتهاب الكبدى أو اليرقان (الصفراء) أو مشكلات في الكبد	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
الصرع، التشنجات، النوبات	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	مشكلات تناسق/توازن الجسم	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
الصداع المتكرر أو الشديد	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	أخرى: (حدد)	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم

هل هذا العميل حاليًا يتناول أدوية لأي حالة طبية مذكورة أعلاه؟  لا  نعم

اسم الدواء:	الحالة التي يتلقى بسببها العميل هذا الدواء؟
(1)	
(2)	
(3)	

هل تعرض هذا العميل للحجز في المستشفى؟  لا  نعم إذا كان الأمر كذلك، فما السبب؟ \_\_\_\_\_

هل تلقى هذا العميل آخر التطعيمات/اللقاحات الحديثة؟  لا  نعم

هل عانى هذا العميل من أي من الأمراض المعدية التالية؟

جدري الماء	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	شلل الأطفال	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الحصبة الألمانية	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الالتهاب السحائي	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
الكاف	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الحصبة	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	التهاب الكبد الوبائي	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	أخرى:	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم
مرض السل	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الطيفليات	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم	الحمى الروماتيزمية	<input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> نعم		

شكرًا لك على إكمال هذا النموذج.

استخدم الجانب الخلفى من هذه الورقة لمشاركة أي معلومات إضافية ذات صلة بخصوص هذا العميل.