

فرم تشخیص مشمولیت



نام کودک:

تاریخ تشخیص مشمولیت:

تاریخ تولد:

سن:

سن تطبیقی:

نام ولی:

نام هماهنگ کننده خدمات

نوع تشخیص مشمولیت (یک مورد را علامت بزنید): ابتدایی سالیانه میان دوره ای

تشخیص مشمولیت توسط مدارک (هنگامیکه این مربع علامت زده شده باشد فقط اظهاریه مشمولیت و امضاء باید کامل شود) مدارک استفاده شده:

اظهاریه مشمولیت:

تشخیص داده شده که کودک برای Infant & Toddler Connection of Virginia واجد شرایط نمی باشد

مراجعه (ها) ی انجام شده:

تشخیص داده شده که کودک بر اساس ضوابط زیر، برای Infant & Toddler Connection of Virginia واجد شرایط است (همه موارد مربوطه را علامت بزنید):

تأخیر در رشد – کودکی که در محدوده حداقل 25 درصد زیر سن زمانی یا تطبیقی خود در حداقل یک زمینه رشدی عمل می کنند.

رشد نامعمول

عارضه جسمانی یا روانی شناسایی شده که احتمال زیادی دارد منجر به تأخیر در رشد شود.

عوارض شامل موارد زیر شده ولی به آنها محدود نمی شود:

خطاهای مادرزادی متابولیسم؛

حملات تشنجی با آسیب مغزی شدید؛

میکروسفالی؛

ناهنجاری عمده سیستم مرکزی عصبی

اختلالات وابستگی شدید؛

خون ریزی داخل بطنی درجه 3 با تجمع مایع در جمجمه یا خون

عدم شکوفائی؛

ریزی داخل بطنی درجه 4؛

طیف اختلال اوتیسم؛

عفونت مادرزادی نشانه ای؛

اختلالات غدد درون ریز که به احتمال زیاد منجر به تأخیر در

اثرات در معرض سموم قرار گرفتن شامل سندرم الکل جنینی،

رشد می شود؛

ترک اعتیاد و با از سوی مادر در معرض داروهای ضد تشنج،

هموگلوبینوپاتی که به احتمال زیاد منجر به تأخیر در رشد می

ضد سرطان و ضد انعقاد خون قرار گرفتن؛

شود؛

مننژوما/لیوسل؛

لب شکری؛

ناشنوایی مادرزادی یا اکتسابی؛

لکومالاسی پری و نتریکولار؛

معلولیت های بینایی؛

سن حاملگی کمتر یا مساوی 28 هفته؛

ناهنجاری های کروموزومی، شامل سندرم داون؛

اقامت NICU بیشتر یا مساوی 28 روز؛

ضربه مغزی یا نخاعی با معاینه عصب شناسی نامعمول در

عوارض جسمانی یا روانی دیگر به صلاحدید اعضای گروه چند

هنگام ترخیص؛

رشته ای

موارد دیگر را ذکر کنید:

عارضه جسمانی یا روانی شناسایی شده که برای آن سندی وجود دارد را علامت (✓) بزنید .

روش ها و اسناد استفاده شده برای تشخیص مشمولیت (اگر "تشخیص مشمولیت توسط مدارک" در بالا علامت زده نشده باشد).

بررسی مدارک پزشکی مربوطه به سن کمتر از شش (6) ماه از پزشک مراقبت های درمانی اصلی و سایر منابع مربوط به وضعیت

درمانی کنونی کودک، رشد جسمانی (شامل بینایی و شنوایی) و تاریخچه پزشکی. مدارک بررسی شده:

بررسی سایر مدارک، از قبیل مدارک تولد، نتایج غربالگری نوزاد و تاریخچه پزشکی اولیه به رضایت بیمار حتی اگر این مدارک بیش از شش (6) ماه قدمت داشته باشند.

ارزیابی متداوم (تنها برای تشخیص میان دوره ای و سالیانه)

گزارش ولی

مشاهده رسمی/غیررسمی

نظریه بالینی آگاه

غربالگری بینایی بخش C

غربالگری شنوایی بخش C

غربالگری رشدی جامع

شخصی که غربالگری رشدی را پر می کند:

ابزار استفاده شده برای غربالگری رشدی:

موارد دیگر

موارد دیگر را ذکر کنید:

اگر در تشخیص مشمولیت استفاده شده علامت (✓) بزنید

فرم تشخیص مشمولیت



نام کودک: تاریخ تشخیص مشمولیت:

سن: سن تطبیقی:

شرح مشمولیت

(نکات مهم اطلاعاتی و نحوه استفاده از آن برای تشخیص مشمولیت.)

گروه مشمولیت

اشخاص زیر در روند تشخیص مشمولیت مشارکت داشتند:

<input type="checkbox"/> حضور در جلسه <input type="checkbox"/> ارائه گزارش کتبی <input type="checkbox"/> بررسی گزارش کتبی از منابع خارجی <input type="checkbox"/> مشارکت توسط تلفن، ایمیل و غیره.	<p style="text-align: right;">همه‌کننده خدمات (امضاء):</p>
<input type="checkbox"/> حضور در جلسه <input type="checkbox"/> ارائه گزارش کتبی <input type="checkbox"/> بررسی گزارش کتبی از منابع خارجی <input type="checkbox"/> مشارکت توسط تلفن، ایمیل و غیره.	<p style="text-align: right;">ارائه کننده (امضاء و صلاحیت ها):</p> <p>زمینه پژوهشی:</p> <input type="checkbox"/> آموزگار/آموزگار ویژه <input type="checkbox"/> متخصص کاردرمانی <input type="checkbox"/> متخصص فیزیوتراپی <input type="checkbox"/> متخصص آسیب شناسی گفتاری-زبانی <input type="checkbox"/> پرستار <input type="checkbox"/> غیره
<input type="checkbox"/> حضور در جلسه <input type="checkbox"/> ارائه گزارش کتبی <input type="checkbox"/> بررسی گزارش کتبی از منابع خارجی <input type="checkbox"/> مشارکت توسط تلفن، ایمیل و غیره.	<p style="text-align: right;">ارائه کننده (امضاء و صلاحیت ها):</p> <p>زمینه پژوهشی:</p> <input type="checkbox"/> آموزگار/آموزگار ویژه <input type="checkbox"/> متخصص کاردرمانی <input type="checkbox"/> متخصص فیزیوتراپی <input type="checkbox"/> متخصص آسیب شناسی گفتاری-زبانی <input type="checkbox"/> پرستار <input type="checkbox"/> غیره
<input type="checkbox"/> حضور در جلسه <input type="checkbox"/> ارائه گزارش کتبی <input type="checkbox"/> بررسی گزارش کتبی از منابع خارجی <input type="checkbox"/> مشارکت توسط تلفن، ایمیل و غیره.	<p style="text-align: right;">ارائه کننده (امضاء و صلاحیت ها):</p> <p>زمینه پژوهشی:</p> <input type="checkbox"/> آموزگار/آموزگار ویژه <input type="checkbox"/> متخصص کاردرمانی <input type="checkbox"/> متخصص فیزیوتراپی <input type="checkbox"/> متخصص آسیب شناسی گفتاری-زبانی <input type="checkbox"/> پرستار <input type="checkbox"/> غیره

دو زمینه پژوهشی بایستی در این فرم نمایندگی شده باشند مگر اینکه مشمولیت توسط مدارک تشخیص داده شود که در اینصورت فقط به یک امضاء نیاز است. اسامی تایپ شده یا امضاهای الکترونیکی قابل قبول می باشند.