

فرم تعیین صلاحیت



Infant & Toddler
Connection of Virginia

نام کودک:

تاریخ تولد:

سن/سن تطبیق داده شده:

نام والد:

نام هماهنگ کننده خدمات

تاریخ تعیین صلاحیت:

بررسی تعیین صلاحیت یک فرد: ابتدایی سالانه مقطعی

اظهارنامه صلاحیت: فعالیت های تعیین صلاحیت مطابق با CFR 303.300 34 و 303.322 برای این کودک انجام شد و به نتایج زیر منجر گردید.

طبق بررسی ها، این کودک واجد شرایط دریافت خدمات مرکز ارتباط کودکان و اطفال ویرجینیا نمی باشد

موضوع ارجاع داده شد به:

بر اساس معیارهای زیر (موارد مورد نظر را علامت بزنید) این کودک واجد شرایط دریافت خدمات مرکز ارتباط کودکان و اطفال ویرجینیا تشخیص داده شد:

تاخیر رشد و نمو - کودکانی که دست کم در یکی از حوزه های رشد و نمو، دارای عملکردی حداقل 25 درصد کمتر از عملکرد طبیعی سن زمانی یا سن تطبیق داده شده می باشند.

رشد و نمو نابهنجار

تشخیص یک عارضه جسمانی یا روانی که با احتمال زیاد به تاخیر رشد و نمو منجر خواهد شد.

این عوارض شامل اما نه صرفاً محدود به موارد ذیل می باشند:

آسیب های مغزی یا نخاعی با نتایج غیر عادی معاینات عصب

شناختی در هنگام ترخیص؛

اختلالات ارثی متابولیسم؛

میکروسفالی؛

اختلالات وابستگی شدید؛

عقب ماندگی رشد؛

اختلال طیف اوتیسم؛

اختلالات متعدد درون ریز با احتمال بالای بروز تاخیر رشد و نمو؛

اختلالات هموگلوبینی با احتمال بالای بروز تاخیر رشد و نمو؛

شکاف لب یا کام دهان؛ یا

سایر عوارض جسمانی یا روانی بنا به تشخیص اعضای تیم

متخصصین چندرشته ای

سایر موارد را ذکر نمایید

انواع صرع با عوارض مغزی مشهود؛

ناهنجاری عمده در سیستم عصبی مرکزی؛

خونریزی درون بطنی درجه 3 با هیدروسفالی یا خونریزی درون

بطنی درجه 4؛

عفونت مادرزادی با علائم مشخص؛

تأثیرات قرارگیری در معرض مواد سمی شامل سندروم الکل

جنینی، ترک مصرف دارو و قرارگیری در معرض استفاده مزمن

مادر از داروهای ضد تشنج، ضد نئوپلاستی و ضد انعقادی؛

مننژوسل؛

ناشنوایی ارثی یا اکتسابی؛

اختلالات بصری؛

ناهنجاری های کروموزومی، شامل سندروم داون؛

عارضه جسمانی یا

روانی تشخیص داده

شده که مدارک

مربوطه جهت تأیید آن

موجود می باشد را

علامت (✓) بزنید.

روش ها و اسنادی که برای تعیین صلاحیت استفاده شد.

بازنگری سوابق پزشکی مرتبط مربوط به بازه زمانی کمتر از (6) شش ماهه از طریق پزشک معالج اولیه و سایر منابع مرتبط با وضعیت سلامت فعلی کودک، رشد و نمو کودک (شامل رشد بینایی و شنوایی) و سوابق پزشکی. گزارشات بررسی شده:

بازنگری سایر گزارشات مانند سوابق تولد، نتایج غربالگری اوایل دوران نوزادی و سوابق پزشکی اولیه با رضایت والد، حتی اگر این

گزارشات به بیشتر از (6) شش ماه قبل مربوط شوند.

ارزیابی مداوم (تنها برای تعیین صلاحیت مقطعی یا سالانه)

گزارش والد

مشاهدات رسمی/غیررسمی

نظر بالینی اطلاع داده شده

غربالگری بینایی بخش C

غربالگری بینایی بخش C

غربالگری جامع رشد

فرد تکمیل کننده غربالگری رشد:

ابزار غربالگری رشد مورد استفاده:

سایر موارد

سایر موارد را ذکر نمایید:

در صورت استفاده

جهت تعیین

صلاحیت، با علامت

(✓) مشخص کنید

فرم تعیین صلاحیت

نام کودک:

تاریخ تولد:

سن/سن تطبیق داده شده:

شرح خلاصه صلاحیت

(چکیده اطلاعات و نحوه استفاده از آنها برای تعیین صلاحیت.)

گروه تعیین صلاحیت

افراد زیر در فرآیند تعیین صلاحیت مشارکت داشته اند:

<p>جلسه حضور یافته <input type="checkbox"/></p> <p>گزارش مکتوب ارسال شده <input type="checkbox"/></p> <p>گزارش مکتوب بازنگری شده از منبع خارجی <input type="checkbox"/></p> <p>مشارکت از طریق تلفن، ایمیل و غیره. <input type="checkbox"/></p>	<p>همانگ کننده خدمات (امضا):</p>
<p>جلسه حضور یافته <input type="checkbox"/></p> <p>گزارش مکتوب ارسال شده <input type="checkbox"/></p> <p>گزارش مکتوب بازنگری شده از منبع خارجی <input type="checkbox"/></p> <p>مشارکت از طریق تلفن، ایمیل و غیره. <input type="checkbox"/></p>	<p>ارائه دهنده (امضا و عنوان)</p>
<p>جلسه حضور یافته <input type="checkbox"/></p> <p>گزارش مکتوب ارسال شده <input type="checkbox"/></p> <p>گزارش مکتوب بازنگری شده از منبع خارجی <input type="checkbox"/></p> <p>مشارکت از طریق تلفن، ایمیل و غیره. <input type="checkbox"/></p>	<p>ارائه دهنده (امضا و عنوان)</p>
<p>جلسه حضور یافته <input type="checkbox"/></p> <p>گزارش مکتوب ارسال شده <input type="checkbox"/></p> <p>گزارش مکتوب بازنگری شده از منبع خارجی <input type="checkbox"/></p> <p>مشارکت از طریق تلفن، ایمیل و غیره. <input type="checkbox"/></p>	<p>ارائه دهنده (امضا و عنوان)</p>

دو دوره آموزشی مختلف باید در این فرم قید شوند. نام های تایپ شده یا امضاهای الکترونیکی قابل قبول می باشند.