|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **共同关怀计划**  面向有特殊健康需求的儿童和青少年 | | |
| **儿童/青少年姓名：** | | **已获得必要的信息披露书：**  是  否 |
| **儿童/青少年昵称：** | | **团队会谈日期：** |
| **出生日期：** | | **会谈地点：** |
| **家长：** | | **转介人：** |
| **家长电话号码：** | | **其他：** |
| **家庭医生：** | **口译员（如适用）：** |
| **性别认同：**  男  女  其他，请指明： | |
| **代词：** 她/她的他/他的 其他，请指明： | |

|  |
| --- |
| **儿童/家庭强项与优势** |
|  |

|  |
| --- |
| **儿童/家庭语言与文化** |
|  |

|  |
| --- |
| **儿童/家庭关切与目标** |
| 当前的关切与目标： |
|  |
| 长远的关切与目标： |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **医疗情况简述** | |
| **诊断：** | |
| **药物：** | |
| **现行的治疗：** | **做过的治疗：** |
| **医护服务提供者：** | |
| **其他重要的医疗信息（过敏/警报）：** | |
| **首选的医院：** | **首选的药房：** |

|  |
| --- |
| **参与教育/社区服务的情况简述** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **团队成员联系名单** | *注：在姓名旁签上姓名首字母以注明会出席会谈。请视需要添加新行* | |
| **姓名** | **角色/责任** | **最佳联系方式** |
|  | 家庭成员 |  |
|  | 家庭医生 |  |
|  | 教育 |  |
|  | 心理/行为健康 |  |
|  | 公共卫生 |  |
|  | 健康计划/保险 |  |
|  | 口译员 |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **行动计划** | *注：请视需要添加新行* | | |
| * 团队的首要目标应是由家庭确定为优先事项的目标。 * 如果儿童/青少年的年龄在 12 岁或以上，应至少包含一个重点为过渡到成人医疗保健的目标。 | | | |
| **共同目标：** | **有哪些人？** | **要做什么？** | **到何时要做到？** |
|  | 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成  **完成日期：** |
| 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成  **完成日期：** |
| 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成  **完成日期：** |
| 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成  **完成日期：** |
| **确定日期：** | **注：** | | |
| **解决日期：** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **行动计划** | *注：视需要添加新行* | | |
| * 团队的首要目标应是由家庭确定为优先事项的目标。 * 如果儿童/青少年的年龄在 12 岁或以上，应至少包含一个重点为过渡到成人医疗保健的目标。 | | | |
| **共同目标：** | **有哪些人？** | **要做什么？** | **到何时要做到？** |
|  | 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成  **完成日期：** |
| 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成  **完成日期：** |
| 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成  **完成日期：** |
| 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成  **完成日期：** |
| **确定日期：** | **注：** | | |
| **解决日期：** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **行动计划** | *注：视需要添加新行* | | |
| * 团队的首要目标应是由家庭确定为优先事项的目标。 * 如果儿童/青少年的年龄在 12 岁或以上，应至少包含一个重点为过渡到成人医疗保健的目标。 | | | |
| **共同目标：** | **有哪些人？** | **要做什么？** | **到何时要做到？** |
|  | 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成  **完成日期：** |
| 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成  **完成日期：** |
| 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成  **完成日期：** |
| 此人 | 将采取此项行动 | 到此日期时做成  **完成日期：** |
| **确定日期：** | **注：** | | |
| **解决日期：** |

© 2020, rev. 2021 Oregon Health & Science University

*该项目由美国卫生及公共服务部 (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) 卫生资源与服务管理局 (Health Resources and Services Administration, HRSA) 资助，并获俄勒冈州 Title V 妇幼保健分类拨款（＃B04MC28122，金额为 185 万9482 美元）及“加强俄勒冈州 CYSHCN 服务体系”拨款（”Enhancing the System of Services for Oregon’s CYSHCN”）（＃D70MC27548，金额为 30 万美元）。该项目不接收非政府资助。这些信息或内容和结论是作者的意见，不应解释为 HRSA、HHS 或美国政府的官方立场或政策、或暗示背书。*

*To request permission to use this template please contact* [*occyshn@ohsu.edu*](mailto:occyshn@ohsu.edu)