

التقييم الأولي / التقييم السريري ABA

اسم العميل : _____ التاريخ: _____

العنوان : _____

رقم الهاتف : _____

رقم التأمين / ميديكيد: _____

تاريخ اكتمال التقييم: _____

اكتمل التقييم بواسطة: _____

تقديم قضية / سبب الإحالة:

خطاب معلومات عن الضرورة الطبية:

اسم الطبيب: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف : _____ رقم الفاكس: _____

الملف الطبي:

اسم طبيب الرعاية الأولية: _____

العنوان: _____

رقم الهاتف : _____ رقم الفاكس: _____

هل كانت هناك مشاكل / أمراض أو إصابات طبية سابقة و / أو حالية؟ إذا كانت الإجابة بنعم، رجاء التوضيح :

أي دخول للمستشفى أو إجراء أي عمليات جراحية سابقة؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح:

هل توجد حالياً أي شكاوى جسدية أو أمراض معدية؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح:

أي حساسيات طعام أو دواء أو حساسيات موسمية أو أي حساسيات أخرى معروفة؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح:

ما الأدوية التي تتناولها حالياً؟ يرجى تقديم الجرعات والترددات

هل لديك حالة طبية موجودة مسبقًا وتتطلب علاجًا طبيًا مستمرًا؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح:

هل أنت معرض لخطر السقوط؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى إكمال تقييم مخاطر السقوط.

هل أنت معرض لخطر وضعك خارج المنزل (مثل رعاية التبني ، والعلاج السكني ، وعلاج المرضى الداخليين ، وما إلى ذلك)؟ إذا كان الأمر كذلك ، فما هو الجدول الزمني لهذه الإقامة؟

ما هي التشخيصات الحالية؟ متى تم تشخيصك ومن قبل من؟

هل لديك أي قيود على الأنشطة البدنية؟ إذا كان الأمر كذلك ، فما هي تلك القيود؟

هل هناك أي مخاوف تتطلب منك الحصول على إشراف على مدار الساعة طوال أيام الأسبوع (مثل الهروب ، ونقص مهارات السلامة المناسبة ، وما إلى ذلك)؟ إذا كان الأمر كذلك ، فما هي الاهتمامات المحددة؟

تاريخ الصحة العقلية:

هل كان هناك أي تشخيصات سابقة للصحة العقلية / النفسية؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح:

هل يوجد تاريخ عائلي للإصابة بمرض عقلي أو إعاقات / تأخيرات في النمو؟ إذا كان الأمر كذلك ، فما هي العلاقة الأسرية وما التشخيص (التشخيصات)؟

هل تلقى طفلك ABA أو العلاج السلوكي من قبل؟ إذا كان الأمر كذلك ، ما اسماء المراكز و تاريخ الخدمة؟

نشاط العلاج خلال العام الماضي:

نوع الخدمة	إسم مقدم الخدمة	تاريخ الخدمة / عدد الزيارات خلال آخر 12 شهرًا
خدمة العيادات الخارجية للأسرة/العلاج الفردي		
خدمة العلاج المنزلي المكثف		
خدمة العلاج السلوكي / ABA		
خدمة علاج اليوم العلاجي TDT		
خدمة رعاية التبني / التنسيب خارج المنزل		
خدمة العلاج المهني/العلاج الوظيفي		
خدمة العلاج الطبيعي		
خدمة علاج النطق		
خدمة الطب النفسي		
خدمة إدارة الدواء		
خدمة علم الأعصاب		
خدمات إدارة الحالات		

		خدمة طب الأطفال
		خدمة العلاج السكني / الداخلي
		خدمة تدريب الأسرة / التربية النفسية
		إسم أي مقدم خدمة آخر

المعلومات التاريخية الأساسية:

التاريخ التنموي:

أي مضاعفات أثناء الحمل و / أو الولادة ؟ إذا كان الأمر كذلك ، فيرجى التوضيح:

حالات غير عادية عند الولادة (مثل العمى ، الحمى الشديدة ، اليرقان ، إصابة الولادة ، الشلل الدماغي ، الطفل الأزرق أو غير ذلك). إذا كان الأمر كذلك ، فيرجى التوضيح:

سرد الأعمار التي تحققت فيها المعالم الإنمائية التالية:

1. زحف: _____
2. الجلوس: _____
3. المشي: _____
4. النوم طوال الليل: _____
5. تناول الأطعمة الصلبة: _____
6. الكلام / الحديث: _____

كيف ينام الطفل؟ هل يستيقظ / تستيقظ أثناء الليل؟ إذا كان الأمر كذلك ، فمتى وماذا تفعل؟

هل هناك تاريخ من سوء المعاملة أو الإهمال؟ أي عنف جنسي أو منزلي؟ هل حدثت أي صدمة (بما في ذلك الصدمة النفسية)؟

التكامل الحسي:

هل فكرت يوماً أن طفلك قد يكون أصم / ضعيف السمع؟ هل تم فحص سمعه؟ ماذا كانت النتائج؟

هل طفلك شديد الحساسية لأصوات ، وتركيبات ، وألوان معينة؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح:

خلال العامين الأولين من عمر طفلك ، هل كان / يستمتع أن يحملوه؟ هل يستمتع طفلك بالعاطفة (مثل العناق ، والقبلات ، أضرب كفك وما إلى ذلك) الآن؟

هل يضع طفلك يديه في أوضاع غريبة؟ هل يصف الألعاب أو يلعب بها بشكل غير لائق؟

هل ينخرط طفلك في أي وقت في أنشطة إيقاعية أو هزازة لفترات طويلة من الوقت (مثل هز الكرسي ، والقفز ، والتأرجح ، وما إلى ذلك)؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح:

هل سبق لطفلك أن نظر عبر الناس أو مشي بينهم كما لو لم يكونوا هناك؟ هل طفلك يفعل ذلك الآن؟

هل يعاني الطفل من شذوذ في الأكل مثل رفض الشرب من وعاء شفاف ، وتناول الطعام الساخن (أو البارد) فقط ، وتناول طعام واحد أو اثنين فقط ، وما إلى ذلك؟

هل لدى الطفل شهوة غير عادية للأطعمة؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح:

هل يأكل الطفل كميات كبيرة من الطعام؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح:

هل يضرب الطفل رأسه عمدًا أو يؤذي نفسه بأي شكل من الأشكال؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح:

ما مدى مهارة الطفل في القيام بعمل جيد بأصابعه أو اللعب بأشياء صغيرة؟

كيف يتفاعل الطفل عند مقاطعته أثناء نشاط ما؟

هل ينخرط الطفل في طقوس معقدة تجعله منزعًا جدًا إذا لم يتم اتباعها (مثل وضع العديد من الدمى في الفراش بترتيب معين ، واتخاذ نفس الطرق بالضبط بين مكانين ، وما إلى ذلك)؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح:

هل طفلك مخرب؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح:

العدوانية:

هل يضرب طفلك أو يقرص أو يخدش أو يعض أو يؤذي نفسه بطريقة أخرى؟

التواصل:

في أي عمر نطق الطفل بكلماته الأولى؟

هل بدأ الطفل في الكلام ثم توقف عن الكلام مرة أخرى؟

هل مفردات الطفل (عدد الأشياء التي يمكن أن يشير إليها أو يسميها بدقة) لا تتناسب إلى حد كبير مع قدرته على "التواصل" (للإجابة على الأسئلة أو إخبارك بشيء؟)

هل يقلد طفلك العبارات التي يسمعهها؟

هل يستخدم طفلك كلمة "نعم"؟ إذا لم يكن كذلك ، كيف تبدو الإشارة إلى "نعم"؟

كيف يقول طفلك "لا" أو يرفض شيئاً؟

الرعاية الذاتية:

هل طفلك قادر على ارتداء ملابسه؟ يرجى التوضيح:

هل طفلك مدرب على استخدام المراض؟ يرجى التوضيح:

هل طفلك قادر على إطعام نفسه؟ يرجى التوضيح:

هل يستطيع طفلك أن يشرب من قسبة الشرب أو كوب مفتوح؟ يرجى التوضيح:

المهارات الإجتماعية:

هل يلعب طفلك بشكل جيد مع الآخرين؟ يرجى التوضيح:

هل يلعب طفلك باللعب بشكل مناسب؟ يرجى التوضيح:

هل طفلك يتواصل بالعين؟ يرجى التوضيح:

هل يبدي طفلك اهتمامًا بالآخرين؟ يرجى التوضيح:

هل يتبع طفلك التوجيهات عند إعطائه له / لها؟ يرجى التوضيح:

مخطط التقييم السلوكي المستهدف

Describe Severity Level وصف مستوى الخطورة	Frequency Reported الترددات المبلغ عنه	Frequency Observed التواتر الذي لوحظ	السلوك
			مهارات التواصل:
			مهارات التفاعل الاجتماعي / المعاملة بالمثل / التفكير:
			الانفجارات السلوكية / نوبات الغضب / السلوكيات السلبية:
			السلوكيات التخريبية:
			مشاكل التكامل الحسي:
			مهارات العدوان:
			سلوكيات إيذاء النفس:

ضع قائمة بأدوات التقييم المستخدمة:

ضع قائمة بأي تقييمات سابقة:

الخدمات المدرسية:

هل طفلك مسجل حاليًا في خدمات التعليم الخاص؟ ما هي المدرسة التي يرتادها؟ أي صف؟ هل هو / هي مكتفية ذاتيًا ، متضمنة ، تعليمًا عامًا أو مزيجًا من هؤلاء في المدرسة؟

هل لديه / لديها خطة تعليم فردية (IEP)؟

ستكون هناك حاجة إلى نسخة من IEP لملف العميل

هل لدى الطفل مساعد 1:1 في المدرسة؟

هل يتلقى الطفل خدمات التخاطب و / أو علاج بالممارسة في المدرسة؟ إذا كان الأمر كذلك ، كم عدد الجلسات؟

كيف هي درجات الطفل؟

هل سبق أن تم فصل الطفل أو طرده من المدرسة؟ يرجى توضيح:

هل حدث للطفل أي تغييرات في الأداء الأكاديمي أو السلوكي في المدرسة خلال الثلاثين يوماً الماضية؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح:

هل كان الطفل قادرًا على تكوين أي علاقات بين الأقران في المدرسة؟ يرجى توضيح:

الوضع القانوني:

هل لدى الطفل أي تهمة جنائية معلقة؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح:

هل لدى الطفل أي مواعيد قادمة للمحكمة؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح:

هل الطفل حالياً تحت المراقبة؟

هل لدى الطفل أي إصابات أو سجون سابقة؟

هل تعرض الطفل لأي مخالفات تحت المراقبة؟

الملف الشخصي للمخدرات والكحول:

هل يعاني الطفل من أي مشاكل تتعلق بتعاطي المخدرات (بما في ذلك تعاطي المخدرات أو الكحول أو تعاطي العقاقير التي تستلزم وصفة طبية)؟ إذا كان الأمر كذلك ، فهل طلب العلاج (متى وأين). كم مرة يتم استخدام المواد وإلى متى؟

هل توجد أي مشكلات تتعلق بتعاطي المخدرات (بما في ذلك تعاطي المخدرات أو الكحول أو تعاطي العقاقير التي تستلزم وصفة طبية) داخل أسرة الطفل؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح:

تقييم مخاطر الانتحار والأذى الذاتي:

هل لدى الطفل أي أفكار انتحارية؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح (بما في ذلك التردد):

هل حاول الطفل الانتحار من قبل؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح:

هل يتسبب الطفل في أي إصابة أو أذى لنفسه؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح (بما في ذلك التردد):

هل كان لدى الطفل أفكار قاتلة من قبل؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح (بما في ذلك التردد):

**** إذا كان لدى الطفل أي أفكار انتحارية أو قاتلة ، فإنه يحتاج إلى خطة أزمة / أمان و / أو قد يحتاج إلى الرجوع إلى مجلس خدمات المجتمع للتقييم. ****

هل مزاج الطفل في المعدل الطبيعي؟ إذا لم يكن كذلك ، يرجى التوضيح:

هل عملية تفكير الطفل سليمة أم معطلة؟ يرجى توضيح:

هل يعاني الطفل من إعاقات ذهنية؟

الوضع المعيشي الحالي وتاريخ الأسرة / العلاقات

العلاقة بالطفل	العمر	اسم الشخص الذي يعيش في المنزل

هل هناك روتين ونظام يومي في المنزل؟ يرجى توضيح:

ما هو نوع المنزل الذي يعيش فيه الطفل؟

هل هناك أي ضغوط مالية على الأسرة؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح:

هل هناك أي نزاعات عائلية كبيرة؟ إذا كان الأمر كذلك ، يرجى التوضيح:

هل توجد اتفاقيات وصاية أو زيارة؟

الموارد ونقاط القوة:

نقاط قوة الطفل:

نقاط ضعف الطفل:

نشاطات خارجية:

المشاركة الدينية:

المشاركة العائلية الممتدة:

تعد مشاركة الوالدين / مقدم الرعاية مكونًا مطلوبًا في برنامجنا. هل أنت مستعد وقادر على المشاركة لمدة 30 دقيقة على الأقل في الأسبوع؟

يجب أن يكون شخص بالغ يزيد عمره عن 18 عامًا حاضرًا خلال جميع الجلسات. هل ستكون هذه مشكلة؟

التشخيصات ورموز ICD-10:

الأهداف الأولية للوالدين ومقدمي الرعاية (LBA) للخدمات الفردية / خطة الدعم:

معايير الضرورة الطبية:

المؤشرات السريرية: يجب أن يستوفي الطفل أحد هذه المؤشرات:

1. من المتوقع أن يظهر الفرد تحسناً في الأعراض السلوكية و / أو يُظهر التعميم الناجح لزيادة الأداء التكيفي خارج إطار العلاج المعتاد.

2. يجب أن يكون الفرد مستقرًا طبيًا أو سريريًا حتى يتم الحفاظ على فوائد العلاج ولا يتم فقدان التحسينات بسبب تدهور الظروف النفسية أو أن الرعاية الحادة للمرضى الداخليين ليست ضرورية لتثبيت السلوكيات.

****هل يستوفي العميل واحدًا على الأقل من معايير المؤشرات السريرية المذكورة أعلاه؟ نعم أو لا (ضع دائرة بنعم أو لا)**

الأعراض والسلوكيات:

يجب أن يستوفي الطفل اثنين من المؤشرات التالية:

1. الاتصال الوظيفي غير اللفظي أو المحدود واللغوية الواقعية ، والكلام غير المفهوم أو الصدى ، والضعف في اللغة المستقبلية و / أو التعبيرية .
2. ضعف شديد في التفاعل الاجتماعي / التفكير الاجتماعي / المعاملة بالمثل الاجتماعية / والعلاقة بين الأشخاص.
3. نوبات الغضب ونوبات الغضب المتكررة / الشديدة (السلوك المضر بالنفس ، ونطح الرأس ، والخدش ، وما إلى ذلك) والعدوانية تجاه الآخرين (الركلات ، والعض ، والخدوش ، والضربات ، وما إلى ذلك)
4. السلوكيات التخريبية (مثل: السلوكيات الوسواسية أو المتكررة أو تكرار طقوس معينة).
5. صعوبة في التكامل الحسي.

ما هي الأرقام في الأعراض والسلوك التي يستوفي العميل معاييرها؟ 1 2 3 4 5 (ضع دائرة حول ما ينطبق)

نظام الدعم (كما هو موضح خلال الثلاثين يومًا الماضية):

يجب أن يستوفي الطفل كلا المعيارين التاليين:

يكون الفرد مستعدًا ومستقرًا طبيًا للمشاركة في الخدمات وتوافق العائلة أو مقدم الرعاية على المشاركة في الخدمات ، وتلقي تدريب على الإدارة السلوكية ، وتنفيذ استراتيجيات سلوكية للحفاظ على تقدم الطفل أثناء العلاج وبعده.

****هل يفي العميل بمعياري نظام الدعم أعلاه؟ نعم أو لا (ضع دائرة حول الإجابة المناسبة)****

تحديد الأهلية لخدمات العلاج السلوكي من EPSDT (اختر واحدة أدناه)

بناءً على المعلومات الواردة في هذا التقييم ، يوضح هذا الفرد ضرورة طبية لخدمات ABA ويلبي متطلبات الأهلية لهذه الخدمات.

استنادًا إلى المعلومات الواردة في هذا التقييم ، لا يُظهر هذا الفرد ضرورة طبية لخدمات ABA ولا يفي بمتطلبات الأهلية لهذه الخدمات.

اكتمل التقييم من قبل:

توقيع BCBA / LBA

التاريخ