



لاستخدام HLM المكتبي	
تاريخ الاستلام	
مكالمة دعم	
النتيجة	

نموذج الإحالة الذاتية

تقدم هيلثي ليتل مايندز (Healthy Little Minds) الدعم الذي يركز على العلاقة الخاصة جدا بين الآباء والرضع التي تتطور خلال أول 1001 يوم من عمر الطفل. نحن ندرك أن كونك أبا / أما هو مصدر للسعادة والفرح. ومع ذلك، يمكن أن يكون الأمر صعبا بشكل غير متوقع لعدة أسباب. يرجى استخدام هذا النموذج لإخبارنا بما تجده صعبا وستنصل بك عبر الهاتف لمناقشة إحالتك بشكل أكبر.

تدعم هيلثي ليتل مايندز (Healthy Little Minds) الأطفال والرضع (من عمر 20 أسبوعا من الحمل إلى عامين من العمر) وأبائهم / مقدمي الرعاية / العائلات التي تعيش في مدينة نوتنجهام.

بيانات العائلة

بيانات الطفل

الاسم:	
تاريخ الميلاد / تاريخ الولادة المتوقع:	رقم خدمة الصحة الوطنية NHS (إذا كان معروفا):
السطر الأول من العنوان:	الرمز البريدي:
السطر الثاني من العنوان:	
الجنس:	العرق:
ذكر	أنثى
من يتحمل المسؤولية الأبوية؟	

بيانات الوالد / الوالدة / مقدم الرعاية 1

الاسم:	
تاريخ الميلاد:	رقم خدمة الصحة الوطنية NHS (إذا كان معروفا):
رقم الهاتف:	
السطر الأول من العنوان:	الرمز البريدي:
السطر الثاني من العنوان:	
العرق:	اللغة الرئيسية المستخدمة في المنزل:
هل هناك حاجة إلى مترجم؟	إذا كان الجواب نعم، أي لغة؟
نعم	لا
هل توجد متطلبات / احتياجات دعم محددة تود إخبارنا عنها؟	
إذا كان الجواب نعم، الرجاء إعطاء تفاصيل:	
نعم	لا

الاسم:	تاريخ الميلاد:
رقم خدمة الصحة الوطنية NHS (إذا كان معروفاً):	رقم الهاتف:
السطر الأول من العنوان:	الرمز البريدي:
السطر الثاني من العنوان:	
العرق:	اللغة الرئيسية المستخدمة في المنزل:
هل هناك حاجة إلى مترجم؟	إذا كان الجواب نعم، أي لغة؟
لا نعم	لا نعم
هل توجد متطلبات / احتياجات دعم محددة تود إخبارنا عنها؟ إذا كان الجواب نعم، الرجاء إعطاء تفاصيل:	

بيانات أخرى

هل يوجد أطفال آخرون يعيشون في المنزل؟ إذا كانت الإجابة نعم، يرجى ذكر الأسماء وتواريخ الميلاد:	لا نعم
من فضلك أخبرنا عن أي بالغين مهمين آخرين في حياة الطفل:	

فضلك أخبرنا عن أي مهنيين آخرين يعملون مع عائلتك

الطبيب العام	الاسم:
العنوان:	جهة التواصل:
ممرضة التوليد / الزائرة الصحية	الاسم:
العنوان:	جهة التواصل:
عامل أساسي	الاسم:
العنوان:	جهة التواصل:
خدمات الصحة العقلية للبالغين	الاسم:
العنوان:	جهة التواصل:
طبيب الأطفال	الاسم:
العنوان:	جهة التواصل:
الأخصائي الاجتماعي	الاسم:
العنوان:	جهة التواصل:
عامل دعم الأسرة المستهدف	الاسم:
العنوان:	جهة التواصل:
مركز الأطفال	الاسم:
العنوان:	جهة التواصل:

الاسم:	أي مهني آخر؟		
جهة التواصل:	العنوان:		
الاسم:	أي مهني آخر؟		
جهة التواصل:	العنوان:		
لا	نعم	هل هناك أي مخاوف حالية أو سابقة بشأن سلامة طفلك / أطفالك أو رفاهيتهم؟	
طفل محتاج	طفل تحت الرعاية	حماية الطفل	إذا كانت الجواب نعم، يرجى وضع علامة:
يرجى إعطاء التفاصيل:			
<p>لن تؤثر مشاركة الرعاية الاجتماعية للأطفال على عمل هيلثي ليتل مايندز (Healthy Little Minds) معك</p>			

سبب الإحالة

يرجى استخدام المربع أدناه لتخبرنا بكلماتك الخاصة المزيد عن مخاوفك والدعم الذي تحتاج إليه وكيف ترغب في أن تكون علاقتك بطفلك مختلفة. قد يكون من الصعب في بعض الأحيان التعبير عن مخاوفنا في كلمات، فإذا كان من المفيد استخدام مربعات الاختيار في الصفحة التالية، فيرجى استخدامها.

يرجى إعلامنا إذا كنت تواجه أي من هذه الصعوبات:		
مقدم الرعاية 2 الاسم:	مقدم الرعاية 1 الاسم:	
		القلق أو الاكتئاب (الآن أو في الماضي)
		تعاطي الكحول و/ أو المخدرات (الآن أو في الماضي)
		حالة صحية خطيرة
		صعوبات التعلم
		والد / والدة في عمر المراهقة منفصل عن الشريك دون أي دعم عائلي
		سجل جنائي أو مشكلة مع الشرطة
		لديك في السابق طفل تم وضعه تحت الرعاية البديلة أو تم تبنيه
		عنف في الأسرة
		أزمة عائلية أو حدث (أحداث) حياة مجهد للعاية
		نقص الدعم / الشعور بالعزلة
		دخل منخفض / مشاكل إسكان
		لديك طفل عانى من مشاكل سلوكية في السابق
		تعرض أحد الوالدين لفقدان طفل
		وضع الوالد / الوالدة تحت الرعاية عندما كان طفلاً
		تجربة سوء المعاملة أو الإهمال أو الخسارة (الآن أو في الماضي)
		مستويات عالية من التوتر أثناء الحمل أو مشاعر مختلطة تجاه الحمل
		خيبة أمل في العلاقة بين الوالدين والرضيع
		الحمل غير المخطط له
		أشياء أخرى: يرجى وصف ذلك أدناه
يرجى إعلامنا إذا كنت تجد صعوبة في أي مما يلي:		
		الاستجابة لبكاء الطفل أو إشارات
		المشاعر تجاه الطفل
		الخوف من التعامل القاسي مع الطفل
		التحدث واللعب مع الطفل
		صعوبة التواصل البصري
		العناية باحتياجات الطفل الجسدية - الحفاظ على نظافته وسلامته وتغذيته
		لا أعرف كيف أعزز نمو الطفل
		عدم الثقة في التعامل مع الطفل

هل عانى الطفل من أي مما يلي:

مشاكل / تأخير في النمو	لا	نعم
التعرض للمخدرات / الكحول أو غيرها من المخاطر أثناء الحمل	لا	نعم
الولادة القاسية أو المزعجة	لا	نعم
أي مرض أو مخاوف عند الولادة	لا	نعم
من الصعب جدا مواساته وتهنئته	لا	نعم
يبدو غير مهتم / هادئ / لا يستجيب كما تتوقع	لا	نعم
انخفاض الوزن عند الولادة / الولادة المبكرة	لا	نعم
لا يحب أن يُحمل	لا	نعم
صعوبات النوم الشديدة	لا	نعم
صعوبات التغذية / النمو	لا	نعم

موافقة الآباء

أؤكد موافقتي على الإحالة إلى هيلثي ليتل مايندز (Healthy Little Minds).

الاسم:	التاريخ:
--------	----------

سوف نتصل بك عبر الهاتف لإعلامك بأننا تلقينا إحالتك ولتزوידك بفرصة لتقديم مزيد من التفاصيل. شكرا لك.

أرسل النموذج إلى CYPBEHM@nottinghamcity.gov.uk