

Na potrzeby biura HLM	
Data otrzymania	
Telefon wsparcia	
Wynik	

Formularz samodzielnego skierowania (Self-Referral Form)

Healthy Little Minds zapewnia wsparcie ukierunkowane na wyjątkową relację między rodzicami a niemowlętami, która rozwija się w ciągu pierwszych 1001 dni życia. Jesteśmy świadomi, że rodzicielstwo jest źródłem szczęścia i radości. Jednak z różnych powodów może okazać się też niespodziewanie trudne. Prosimy o skorzystanie z tego formularza, aby poinformować nas o swoich trudnościach, a my skontaktujemy się z Państwem telefonicznie w celu omówienia szczegółów skierowania.

Healthy Little Minds wspiera dzieci i niemowlęta (od 20 tygodnia ciąży do 2 roku życia) oraz ich rodziców/opiekunów/rodziny mieszkające w mieście Nottingham.

Dane rodziny

Dane dziecka

Imię i nazwisko:	
Data urodzenia / termin porodu:	Numer NHS (jeśli jest znany):
Adres wiersz 1:	
Adres wiersz 2:	Kod pocztowy:
Płeć: MĘŻCZYŻNA KOBIETA	Pochodzenie etniczne:
Kto posiada władzę rodzicielską?	

Dane rodzica/opiekuna 1

Imię i nazwisko:	Data urodzenia:
Numer NHS (jeśli jest znany):	Telefon:
Adres wiersz 1:	
Adres wiersz 2:	Kod pocztowy:
Pochodzenie etniczne:	Główny język używany w domu:
Czy wymagany jest tłumacz? TAK NIE	Jeśli tak, to w jakim języku?
Czy istnieją jakieś szczególne wymagania/potrzeby wsparcia, o których chcieliby Państwo nas poinformować? TAK NIE	
Jeśli 'tak', proszę określić:	

Dane rodzica/opiekuna 2

Imię i nazwisko:	Data urodzenia:
Numer NHS (jeśli jest znany):	Telefon:
Adres wiersz 1: Adres wiersz 2:	Kod pocztowy:
Pochodzenie etniczne:	Główny język używany w domu:
Czy wymagany jest tłumacz? TAK NIE	Jeśli tak, to w jakim języku?
Czy istnieją jakieś szczególne wymagania/potrzeby wsparcia, o których chcieliby Państwo nas poinformować? Jeśli 'tak', proszę określić:	TAK NIE

Dane innych osób

Czy w domu mieszkają inne dzieci? Jeśli 'tak', należy podać imiona i nazwiska oraz daty urodzenia:	TAK NIE
Proszę podać informacje na temat innych ważnych osób dorosłych w życiu dziecka:	

Proszę podać informacje o innych specjalistach pracujących z rodziną

Lekarz rodzinny	Imię i nazwisko:
Adres:	Kontakt:
Położna / pielęgniarka środowiskowa	Imię i nazwisko:
Adres:	Kontakt:
Kluczowy pracownik	Imię i nazwisko:
Adres:	Kontakt:
Poradnia zdrowia psychicznego dla dorosłych - Adult Mental Health Services	Imię i nazwisko:
Adres:	Kontakt:
Pediatra	Imię i nazwisko:
Adres:	Kontakt:
Pracownik socjalny	Imię i nazwisko:
Adres:	Kontakt:
Dedykowany pracownik ds. wsparcia rodziny	Imię i nazwisko:
Adres:	Kontakt:
Centrum dla dzieci	Imię i nazwisko:
Adres:	Kontakt:

Inny specjalista?	Imię i nazwisko:		
Adres:	Kontakt:		
Inny specjalista?	Imię i nazwisko:		
Adres:	Kontakt:		
Czy istnieją jakiegokolwiek bieżące lub wcześniejsze obawy dotyczące bezpieczeństwa lub dobra dziecka/ dzieci? TAK NIE			
Jeśli 'tak', proszę zaznaczyć:	Plan ochrony dziecka	Dziecko pod opieką instytucjonalną	Plan dziecka w potrzebie
Proszę podać szczegóły:			
Zaangażowanie opieki społecznej dla dzieci (Children's Social Care) nie wpłynie na współpracę z Healthy Little Minds.			

Powód skierowania

Proszę skorzystać z poniższego pola, aby własnymi słowami opowiedzieć nam więcej o swoich obawach, potrzebnym wsparciu i o tym, jak według Państwa powinna wyglądać relacja rodzica z dzieckiem.

Czasami trudno jest wyrazić swoje obawy słowami, dlatego jeśli będzie to pomocne, prosimy o skorzystanie z pól wyboru na następnej stronie.

Proszę nas powiadomić w przypadku doświadczania któregokolwiek z podanych problemów:	Opiekun 1 IMIĘ I NAZWISKO:	Opiekun 2 IMIĘ I NAZWISKO:
Lęk lub depresja (obecnie lub w przeszłości)		
Nadużywanie alkoholu i / lub narkotyków (obecnie lub w przeszłości)		
Poważny stan zdrowia		
Problemy z przyswajaniem wiedzy		
Samotny, nastoletni rodzic bez wsparcia rodziny		
Osoba karana lub mająca problemy z policją		
Poprzednie dziecko trafiło do rodziny zastępczej lub zostało adoptowane		
Przemoc w rodzinie		
Kryzys rodzinny lub bardzo stresujące wydarzenie(a) życiowe		
Brak wsparcia / poczucie izolacji		
Niskie dochody / problemy mieszkaniowe		
Starsze dziecko ma problemy z zachowaniem		
Rodzic doświadczył utraty dziecka		
Rodzic doświadczył epizodów umieszczenia pod opieką jako dziecko		
Doświadczenie przemocy, zaniedbania lub straty (obecnie lub w przeszłości)		
Wysoki poziom stresu podczas ciąży lub mieszane uczucia związane z ciążą		
Rozczarowanie związane z relacją rodzic-niemowlę		
Nieplanowana ciąża		
Inne: należy opisać poniżej		
Proszę nas poinformować w przypadku zmagania się z którymkolwiek z poniższych problemów:		
Reagowanie na płacz lub sygnały dziecka		
Uczucia wobec dziecka		
Obawa przed nieostrożnym obchodzeniem się z dzieckiem		
Rozmawianie i zabawa z dzieckiem		
Trudności z nawiązaniem kontaktu wzrokowego		
Dbanie o fizyczne potrzeby dziecka – zapewnienie, by dziecko było czyste, bezpieczne i nakarmione		
Brak wiedzy na temat tego, jak wspierać rozwój dziecka		
Brak pewności siebie w obchodzeniu się z dzieckiem		

Czy dziecko doświadczyło któregokolwiek z poniższych		
Problemy rozwojowe / opóźnienie	TAK	NIE
Narażenie na narkotyki / alkohol lub inne zagrożenia w czasie ciąży	TAK	NIE
Traumatyczny lub stresujący poród	TAK	NIE
Wszelkie choroby lub obawy w chwili narodzin	TAK	NIE
Bardzo trudno je pocieszyć i uspokoić	TAK	NIE
Wydaje się niezainteresowane / wyciszone / nie reaguje zgodnie z oczekiwaniami	TAK	NIE
Niska waga urodzeniowa / przedwczesny poród	TAK	NIE
Nie lubi być noszone	TAK	NIE
Poważne trudności ze snem	TAK	NIE
Problemy z karmieniem / prawidłowym rozwojem	TAK	NIE

Zgoda rodzica

Potwierdzam, że wyrażam zgodę na skierowanie do Healthy Little Minds.

Imię i nazwisko:	Data:
------------------	-------

Skontaktujemy się z Państwem telefonicznie, by powiadomić o otrzymaniu skierowania i aby umożliwić Państwu przekazanie dodatkowych informacji. Dziękujemy.

Proszę przesłać formularz na adres: CYPBEHM@nottinghamcity.gov.uk