

Pentru utilizarea de către biroul HLM

Data primirii

Apel de suport

Rezultat

Formular de auto-sesizare

Healthy Little Minds vă oferă sprijin, concentrându-se pe relația foarte specială dintre părinți și sugari care se dezvoltă în primele 1001 zile de viață. Recunoaștem că a fi părinte este o sursă de fericire și bucurie. Cu toate acestea, această perioadă poate fi neașteptat de dificilă din diferite motive. Vă rugăm să completați acest formular pentru a ne spune care sunt dificultățile cu care vă confrunțați iar noi vă vom contacta prin telefon pentru a discuta în continuare despre sesizarea dumneavoastră.

Healthy Little Minds sprijină bebelușii și sugarii (de la 20 de săptămâni de sarcină până la 2 ani) și părinții/îngrijitorii/famiiliile acestora care locuiesc în Nottingham City.

Detalii privind familia

Detaliile bebelușului

Nume:	
Data nașterii / Data estimată a nașterii:	Număr de înregistrare în sistemul național de sănătate (NHS) (dacă se cunoaște):
Adresă - Linia 1:	Cod poștal:
Adresă - Linia 2:	
Sex	Masculin Feminin
Etnie:	
Cine are responsabilitatea părintească?	

Detaliile părintelui / îngrijitorului 1

Nume:	Data nașterii:
Număr de înregistrare în sistemul național de sănătate (NHS) (dacă se cunoaște):	Nr. tel:
Adresă - Linia 1:	Cod poștal:
Adresă - Linia 2:	
Etnie:	Limba principală vorbită la domiciliu:
Este nevoie de serviciile unui interpret?	DA NU
În caz afirmativ, în ce limbă trebuie interpretul să fie specializat?	
Există cerințe specifice / nevoi de asistență despre care doriți să ne spuneți?	
Dacă "da", furnizați detalii:	
DA NU	

Detaliile părintelui/ îngrijitorului 2

Nume:	Data nașterii:
Număr de înregistrare în sistemul național de sănătate (NHS) (dacă se cunoaște):	Nr. tel:
Adresă - Linia 1: Adresă - Linia 2:	Cod poștal
Etnie:	Limba principală vorbită la domiciliu:
Este nevoie de serviciile unui interpret? DA NU	În caz afirmativ, în ce limbă trebuie interpretul să fie specializat?
Există cerințe specifice / nevoi de asistență despre care doriți să ne spuneți? Dacă "da", furnizați detalii:	DA NU

Detalii cu privire la alte persoane

Există alți copii care locuiesc la domiciliu? Dacă "da", vă rugăm să puneți la dispoziție numele și datele de naștere:	DA NU
Vă rugăm să ne spuneți despre alte persoane adulte cu rol semnificativ în viața bebelușului:	

Vă rugăm să ne spuneți despre orice alți profesioniști care lucrează cu familia dvs

Medic de familie	Nume:
Adresă:	Contact:
Moașă / Asistent medical comunitar	Nume:
Adresă:	Contact:
Asistent psihopedagog:	Nume:
Adresă:	Contact:
Serviciile de sănătate mintală pentru adulți	Nume:
Adresă:	Contact:
Medic pediatru	Nume:
Adresă:	Contact:
Asistent social	Nume:
Adresă:	Contact:
Asistent familial:	Nume:
Adresă:	Contact:
Centrul pentru copii	Nume:
Adresă:	Contact:

Alt profesionist?	Nume:		
Adresă:	Contact:		
Alt profesionist?	Nume:		
Adresă:	Contact:		
Există preocupări actuale sau anterioare cu privire la siguranța sau bunăstarea copilului/copiilor dvs? DA NU			
Dacă "da", vă rugăm să bifați:	Protecția copilului	Copil aflat sub tutelă	Copilul nevoiaș
Vă rugăm să furnizați detalii:			
Implicarea Asistenței Sociale pentru Copii nu va afecta personalul Healthy Little Minds care lucrează cu dvs.			

Motivele trimiterii

Vă rugăm să utilizați caseta de mai jos pentru a ne spune în propriile cuvinte mai multe despre preocupările dvs., sprijinul de care aveți nevoie și cum ați dori ca relația dintre dvs. și bebelușul dvs. să difere.

Uneori poate fi greu să ne exprimăm preocupările. Dacă vă ajută să bifați căsuțele de mai jos, vă rugăm să faceți acest lucru.

Vă rugăm să ne anunțați dacă întâmpinați oricare dintre următoarele dificultăți:	Îngrijitor 1 Nume:	Îngrijitor 2 Nume:
Anxietate sau depresie (acum sau în trecut)		
Alcoolul și /sau abuzul de droguri (în prezent sau în trecut)		
Problemă gravă de sănătate		
Dificultăți de învățare		
Părinte adolescent singur, fără sprijin familial		
Cazier judiciar sau probleme cu poliția		
Copilul a mai fost în asistență maternală sau a fost adoptat		
Violență în familie		
Criză familială sau eveniment (evenimente) de viață foarte stresant(e)		
Lipsa de sprijin / sentimentul de izolare		
Venit scăzut / probleme cu locuința		
Copilul are probleme de comportament		
Părintele a suferit o pierdere a unui copil		
Părintele a fost instituționalizat când era copil în anumite perioade		
Experiență de abuz, neglijare sau pierdere (în prezent sau în trecut)		
Niveluri ridicate de stres în timpul sarcinii sau sentimente mixte cu privire la sarcină		
Dezamăgire în privința relației părinte-copil		
Sarcină neplanificată		
Altele: vă rugăm să descrieți mai jos		

Vă rugăm să ne anunțați dacă vă confrunțați cu oricare dintre următoarele:		
Reacție la plânsetele sau semnalele bebelușului		
Sentimente față de bebeluș		
Sentiment de teamă în privința manevrării bebelușului		
Comunicarea și joaca cu bebelușul		
Dificultate în privința menținerii contactului vizual cu bebelușul		
Îngrijirea nevoilor fizice ale bebelușului – menținerea curățeniei, a siguranței și a hranei		
Dacă nu știți cum să încurajați dezvoltarea bebelușului		
Lipsa încrederii în manevrarea bebelușului		

A experimentat bebelușul următoarele?		
Probleme dezvoltăionale / întârziere dezvoltăională	DA	NU
Expunerea la medicamente / alcool sau alte riscuri în timpul sarcinii	DA	NU
Naștere traumatizantă sau dificilă	DA	NU
Orice boală sau preocupare la naștere	DA	NU
Foarte dificil de consolată și calmat	DA	NU
Pare neinteresat / tăcut / nu reacționează în modul în care v-ați fi așteptat	DA	NU
Greutate mică la naștere / naștere prematură	DA	NU
Nu-i place să fie ținut în brațe	DA	NU
Dificultăți severe de somn	DA	NU
Dificultăți de alimentație / creștere	DA	NU

Consimțământ parental

Confirm că sunt de acord cu trimiterea la Healthy Little Minds

Nume:	Data:
-------	-------

Vă vom contacta telefonic pentru a vă anunța că am primit sesizarea și pentru a vă oferi mai multe detalii. Vă mulțumim.

Trimiteți formularul la CYPBEHM@nottinghamcity.gov.uk.