تقرير الوفاة إلى مركز العدل

نموذج-1 v JC-2

يمكن إرسال النماذج المكتملة عبر الفاكس إلى 518-457-3503 أو 518-549-0465 (نسخة احتياطية) أو بالبريد إلى مركز العدل لولاية نيو يورك لحماية الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة على 401 شارع الولاية، شينيكتادي ، نيويورك 12305

تأكيد تقرير حادثة مركز العدل# _____

المعلومات المعبأة باللون الأحمر مطلوبة أكتب مجهولا إن وجد تاريخ إعداد التقرير: _____

الإسم: (الأخير، الأول) _____ تاريخ الميلاد: _____ العمر: _____

الجنس: _____ العرق: _____ الطول - القدم: _____ بوصة: _____ الوزن: _____ رطل. _____

أس أس أن: _____

القسم 1: بيانات الوكالة / المنشأة / البرنامج المبلغة

اسم الوكالة المبلغة: _____

العنوان: _____ المدينة _____ الولاية _____ رمز المدينة/البريد _____

المديرالتنفيذي/ سي إي أو: _____ الهاتف _____

اسم الشخص الذي يقوم بإعداد التقرير: _____ االهاتف: _____

مهنة الشخص الذي يقوم بإعداد التقرير: _____

اسم شخص الاتصال لهذا التقرير: _____ الهاتف: _____

مهنة شخص الاتصال: _____

اسم وعنوان برنامج / منشأة معين داخل الوكالة التى خدمت المتلقي:

_____

تاريخ الالتحاق بهذا البرنامج: _____ الوكالة/البرنامج/المنشأة المستخدمة/ المعتمدة/ المرخص لها من قبل: أس أو أيه: _____

القسم 2: معلومات المستلم

علاقة مستلم الخدمة بالوكالة / المنشأة/ البرنامج نوع البرنامج: _____

☐ اقام في المستخدمة / المعتمدة / المرخص لها ؛ نوع البرنامج

☐ استلم الخدمات غير الإقامة فقط

هل يتلقى الفرد خدمة من أي برنامج آخر يخضع لسلطة ولاية نيويورك؟ ☐ نعم ☐ لا

إذا كانت الإجابة بنعم ، فاذكر اسم وعنوان الوكالة (الوكالات) المسؤولة:

_____

تشخيص الإعاقة العقلية (بما في ذلك تشخيص تعاطي المخدرات):

1. نعم ☐ لا ☐ رمز آى سي دي _____ أدخل التشخيص أو غير متوفر _____
2. نعم ☐ لا ☐ رمز آى سي دي _____ أدخل التشخيص أو غير متوفر _____
3. نعم ☐ لا ☐ رمز آى سي دي _____ أدخل التشخيص أو غير متوفر _____
4. نعم ☐ لا ☐ رمز آى سي دي _____ أدخل التشخيص أو غير متوفر _____

إذا كانت هناك حاجة إلى مزيد من الفراغ فاستخدم نهاية النموذج!

تاريخ آخر زيارة لغرفة الطوارئ لأسباب تتعلق بالأمراض النفسية أو بتعاطي المخدرات: من: _____ إلى: _____

تاريخ الدخول في المستشفى اخيرا لأسباب نفسية أو لتعاطي المخدرات: من: _____ إلى: _____

تقرير الوفاة إلى مركز العدل

نموذج-1 v JC-2

يمكن إرسال النماذج المكتملة عبر الفاكس إلى 518-457-3503 أو 518-549-0465 (نسخة احتياطية) أو بالبريد إلى مركز العدل لولاية نيو يورك لحماية الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة على 401 شارع الولاية، شينيكتادي ، نيويورك 12305

القسم 2: تابع معلومات المستلم

المرض الجسدي / الحالات التي تم تشخيصها قبل الموت - رموز آى سي دي إذا كانت متوفرة:

1. نعم ☐ لا ☐ رمز آى سي دي_____ أدخل التشخيص أو غير متوفر_____
2. نعم ☐ لا ☐ رمز آى سي دي_____ أدخل التشخيص أو غير متوفر_____
3. نعم ☐ لا ☐ رمز آى سي دي_____ أدخل التشخيص أو غير متوفر_____
4. نعم ☐ لا ☐ رمز آى سي دي_____ أدخل التشخيص أو غير متوفر_____

إذا كانت هناك حاجة إلى مزيد من الفراغ فاستخدم نهاية النموذج!

تاريخ آخر زيارة للطوارئ لأسباب جسدية:من:_____ إلى:_____

تاريخ آخر مكوث لأسباب جسدية:من:_____ إلى:_____

الأدوية عند الوفاة:

الأدوية	الجرعة بالملجم	تكرار الأدوية	طريق تناول الإدوية

القسم 3: تاريخ الوفاة

تاريخ الوفات:_____ وقت النطق بالوفاة: _____:_____ ☐صباحا ☐ مساءا

المكان الذي توفي فيه الفرد: عنوان الموقع وقت الوفاة الفعلي: _____ : _____ ☐صباحا ☐ مساءا

بلد الوفاة:_____

تصنيف الموقع:_____

سبب الوفاة: السبب المباشر:

_____

بسبب أو نتيجة لما يلي: _____

بسبب أو نتيجة لما يلي: _____

تقرير الوفاة إلى مركز العدل

نموذج-1 v JC-2

يمكن إرسال النماذج المكتملة عبر الفاكس إلى 518-457-3503 أو 518-549-0465 (نسخة احتياطية) أو بالبريد إلى مركز العدل لولاية نيو يورك لحماية الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة على 401 شارع الولاية، شينيكتادي ، نيويورك 12305

القسم 3: تابع تاريخ الوفاة

كيفية الوفاة:_____

تم الانتهاء من تشريح الجثة: ☐ غير معروف ☐ لا ☐ نعم أم إي / رقم حالة الطبيب الشرعي: _____

مصدر سبب الوفاة وطريقة الوفاة:

الإسم والهاتف:

في غضون 24 ساعة من الوفاة المتلقي: غير معروف في حالة دي أن آر/دي أن آي: ولاية الإعطاء/ بي آر إن للأسباب سلوكية أو نفسية

القسم 4: ملخص سردي

أذكر الحالة النفسية والسلوكية والطبية للمستلم في غضون 90 يومًا قبل الوفاة

المتابعة الطبية الروتينية

زيارة الرعاية الأولية:_____

زيارة الرعاية التخصصية الروتينية:

طبيب القلب: _____

طبيب الأمراض الباطنية: _____

طبيب الأمراض البولية: _____

طبيب أمراض النساء: _____

طبيب أعصاب: _____

طبيب عظام: _____

طبيب أخصائي أمراض الرئة: _____

ما عدا ذلك الرجاء الذكر: _____

القسم 4: تابع ملخص سردي

المشكلات الطبية الحادة

- ☐ صدمة
- ☐ سقوط
- ☐ نوبة
- ☐ فقدان الوزن _____ إل بي سي
- ☐ زيادة الوزن _____ إل بي سي
- ☐ تغير في عادات الأمعاء
- ☐ تغير في عادات المثانة
- ☐ التغيير في التمشي
- ☐ التغيير في تناول التطعام
- ☐ التغيير في الدواء
- ☐ التغيير في تناول السوائل
- ☐ الأخرى (حدد)

المشكلات في الأمورالنفسية والعقلية الحادة

- ☐ التغيير في حالات الأمور النفسية والعقلية
- ☐ التغيير في تخطيط السلوكي/ والمراقبة

الأخرى (حدد) _____

صِف الإجراءات الوقائية والنظام الغذائي ، إذا طُلب ذلك ، خصيصًا للمتلقي: الضمانات

_____

الأخرى (حدد)

_____

تم طلب الغذاء للمتوفين

الغذاء

- ☐ لا يوجد نظام غذائي خاص
- ☐ مقطعة لحجم معين مقطعة
- ☐ مقطع
- ☐ أرض
- ☐ ناعم
- ☐ مهروس

السوائل

- ☐ لا تناسق متغير
- ☐ بودنغ سميكة
- ☐ عسل سمين
- ☐ رحيق سميك
- ☐ سميكة
- ☐ رقيقة

الأخرى(حدد): _____

يمكن إرسال النماذج المكتملة عبر الفاكس إلى 518-457-3503 أو 518-549-0465 (نسخة احتياطية) أو بالبريد إلى مركز العدل لولاية نيو يورك لحماية الأشخاص من ذوي الاحتياجات الخاصة على 401 شارع الولاية، شينيكتادي ، نيويورك 12305

القسم 4: تابع ملخص سردي

هل تم اتباع جميع مكونات نظام الأكل وقت الوفاة؟-

أشر إلى تغييرات كبيرة في فترة 90 يومًا قبل الوفاة والتي أثرت على المتلقي.

الرجاء وضع العلامة فى المربعات المناسبة

*التغييرات في مزود الخدمة ☐ سكن ☐ برنامج ☐ مدير الحالات/أم إس سي ☐ مولاصلات ☐ مزود الخدمات الطبية

* التغييرات في نظام العلاج

☐علاج ☐غذاء ☐ إشراف ☐ تخطيط السلوك ☐ تخطيط العلاج

*التغييرات في مستوى الوظيفة

☐ تدهور في الصحة الجسدية ☐ تدهور الصحة العقلية

☐ زيادة المساعدة المطلوبة مع أيه دي ال اس المطلوبة ☐ مطلوب زيادة المراقبة / الإشراف

☐ مستوى أعلى من الرعاية مطلوب ☐ تمت إقامته في رعاية المسنين ☐ رعاية الراحة

أذكر الحالا ت و الظروف التي أدت إلى الوفاة وتشملها.