

CHILDREN'S ADMINISTRATION

قسم الطفل GAIN-SS

حقوق الطبع محفوظة @ 2005 لدى: نشيشت هيلث سيستمز

نسخة (GVER): GSS-سنوي 2.0!

اسم العميل (الأول، الأوسط، الأخير)		1. التاريخ	2. <input type="checkbox"/> بالغ <input type="checkbox"/> يافع	3. <input type="checkbox"/> العميل رفض الإجابة على الأسئلة <input type="checkbox"/> العميل غير قادر على الإجابة على الأسئلة
رقم هاتف العميل	تاريخ ميلاد العميل	4. هوية الشخص CAMIS		الإثنية/العرق
عنوان العميل	المدينة	الولاية	الرمز البريدي	
اسم العامل الاجتماعي	رقم هاتف العامل الاجتماعي			
5. أحيل العميل إلى التقييم <input type="checkbox"/> الصحة العقلية <input type="checkbox"/> الاعتماد على الأدوية <input type="checkbox"/> متزامن الحدوث <input type="checkbox"/> لم يُحل العميل	6. العميل يحصل حالياً على خدمة <input type="checkbox"/> الصحة العقلية <input type="checkbox"/> الاعتماد على الأدوية <input type="checkbox"/> متزامن الحدوث		7. <input type="checkbox"/> خدمات حماية الطفل (CPS) <input type="checkbox"/> الخدمات التطوعية الأسرية <input type="checkbox"/> خدمات التصالح الأسري <input type="checkbox"/> خدمات رفاه الطفل والأسرة <input type="checkbox"/> صحة الطفل ومتابعة التعليم (CHET)	
تقييم عالمي للاحتياجات الفردية-فاحص قصير (GAIN-SS)				
<i>الأسئلة التالية عن المشكلات السلوكية أو الشخصية أو النفسية. وتعتبر هذه المشكلات مهمة عندما تعاني منها لمدة أسبوعين فأكثر، أو عندما تعود الرجوع، أو عندما تعيقك عن تحمل مسؤولياتك، أو عندما تجعلك تشعر بأنه لا يمكنك الاستمرار. الرجاء الإجابة على الأسئلة بـ "نعم" أو "لا".</i>				
السلوكيات التنويمية في الصحة العقلية (1 IDScr): خلال الأشهر الـ 12 الماضية، هل عانيت من مشكلات كبيرة...				
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	أ. تشعر أنك محاصر جداً، أو وحيد، أو حزين، أو بالأسى، أو مكتئب أو فاقد للأمل بالمستقبل؟		
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	ب. تشعر بمشكلات في النوم، مثل الأحلام المزعجة، أو النوم غير المريح أو النوم خلال اليوم؟		
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	ج. تشعر بالقلق الشديد، أو العصبية، أو التوتر، أو الفزع، أو الخوف أو بأن ما سيئا على وشك الوقوع؟		
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	د. عندما يذكرك أمر ما بالماضي، تشعر بالكرب والانزعاج؟		
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هـ. تفكر في إنهاء حياتك أو الانتحار؟		
إذا أجبت بـ "نعم" على سؤالين أو أكثر، راجع الصحة العقلية، باستثناء إذا أجبت إيجاباً على السؤال (هـ) بخصوص الانتحار، عندها راجع خط الأزمة أو مختص صحة (DMHP).				
السلوكيات التخريبية في الصحة العقلية (2 EDScr): خلال الأشهر الـ 12 الماضية، هل قمت بعمل الأمور التالية مرتين أو أكثر؟				
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	أ. كذبت أو خادعت للحصول على أشياء كنت تريدها أو لتجنب القيام بأمر ما؟		
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	ب. واجهت صعوبة في الانتباه في المدرسة، أو العمل أو البيت؟		
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	ج. واجهت صعوبة في الاستماع إلى التعليمات في المدرسة، أو العمل أو البيت؟		
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	د. كنت متمراً أو تهدد الآخرين؟		
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هـ. بدأت بمشاجرة مع آخرين؟		
إذا أجبت بـ "نعم" على سؤالين أو أكثر، راجع الصحة العقلية				
فحص تعاطي المواد (3 SDSScr): خلال الأشهر الـ 12 الماضية، هل...				
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	أ. عاقرت الخمر أو تعاطيت المخدرات أسبوعياً؟		
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	ب. قضيت الكثير من الوقت إما في الحصول على الكحول أو المخدرات، أو استعمال الكحول أو المخدرات، أو الشعور بتأثيرات الكحول أو المخدرات (الانتشاء، المرض)؟		
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	ج. ظللت تعاقر الكحول أو تعاطي المخدرات حتى وإن كانت تسبب لك مشكلات اجتماعية، أو تؤدي بك إلى مشاجرات، أو تقحمك في متاعب مع الآخرين؟		
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	د. سبب لك استعمال الكحول أو المخدرات الامتناع عن حضور أنشطة مهمة بفعاليات في العمل، أو المدرسة أو البيت أو فعاليات اجتماعية، أو قلت أو واجهت متاعب في ذلك؟		
<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم	هـ. عانيت من مشكلات انحسابية من الكحول أو المخدرات مثل رجفان في الأيدي، أو التقيؤ، أو متاعب في الجلوس بثبات أو النوم، أو استعمال أية كحول أو مخدرات لوقف المرض أو تجنب المشكلات الانحسابية؟		
إذا أجبت بـ "نعم" على سؤالين أو أكثر في تعاطي المواد أو تزامن الحدوث (تعاطي المواد والصحة العقلية)، راجع (CDP) أو مزود علاج تعاطي المواد				
أفهم بأن نسخة من هذه الاستمارة قد تصبح جزءاً من عملية إحالة إلى خدمات.				
التوقيع	التاريخ			