

Formularz Opis Przypadku Nr

Każdy Kandydat zobowiązany jest do opisanie pracy z co najmniej trzema pacjentami, a zatem dostarczenia co najmniej trzech Formularzy Opisu Przypadku.

Każdy opis przypadku dotyczy innej sytuacji niepełnoletniego pacjenta pod względem typu zgłaszanego problemu.

Opis przypadku należy dostarczyć w formie zanonimizowanej, tj. bez podawania danych osobowych. Formularz może być poddawany edycji w zakresie treści dotyczącej odpowiedzi na dane zagadnienia.

Dane osobowe kandydata:

Imię i nazwisko:

telefon:

e-mail:

Typ zgłaszanego problemu, proszę zaznaczyć odpowiednią kłatkę:

- ☐ niepełnoletni powracający do systemu oświaty po pobycie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego w rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną lub odwykową.
- ☐ niepełnoletni z zaburzeniami ogólnorozwojowymi.
- ☐ niepełnoletni z zaburzeniami osobowości lub zaburzeniami zachowania.
- ☐ niepełnoletni z problemem wynikającym z dysfunkcjonalnego środowiska, w którym przebywa.

I. Istotne informacje dotyczące niepełnoletniego pacjenta

.....

.....

.....

.....

II. Opis głównego problemu rodziny i pacjenta dotyczącego funkcjonowania w różnych obszarach jego życia

.....

.....

.....

.....

ZASŁUGUJESZ NA SZCZĘŚCIE

III. Omówienie przeprowadzonego przez siebie wywiadu z niepełnoletnim pacjentem lub jego rodziną, lub nauczycielami

.....

.....

.....

.....

IV. Diagnozę kliniczną lub funkcjonalną (przygotowane przez siebie lub otrzymaną od innych specjalistów)

.....

.....

.....

.....

V. Wnioski z zebranych informacji uwzględniające zasoby pacjenta, jego rodziny i otoczenia

.....

.....

.....

.....

VI. Propozycje pomocy wraz ze wskazaniem możliwych działań innych specjalistów

.....

.....

.....

.....

VII. Plan i opis udzielanej przez siebie pomocy lub możliwej do otrzymania w danym systemie lub środowisku

.....

.....

.....

.....

VIII. Wnioski i ewaluacja lub omówienie, lub ocena podjętych działań wykonywanych osobiście oraz przez innych specjalistów, którzy byli zaangażowani we wsparcie niepełnoletniego pacjenta

.....

.....

.....

.....

IX. Inne Uwagi (opcjonalnie)

.....

.....

.....

.....
Miejscowość, data

.....
Czytelny podpis kandydata/ki

ZASŁUGUJESZ NA SZCZĘŚCIE