

喜欢:

包括对一个人来说什么是重要的, 什么“有效”, 什么带给他们快乐, 他们擅长的领域, 什么真正让他们快乐。

个人的姓名:

必要的监督:

包括工作人员对个人的监督密切程度。工作人员应在哪里与个人发生实际联系? 在一个安全的活动区域里, 一个人能呆多久? 夜间监督? 社区监督?

不喜欢:

包括那些让人不舒服的事情, 他们没有很好反应的事情, 可能会引起负面反应的事情, 互动的方式或其他“不起作用”的事情。

风险!

包括对客户或其他人造成直接生命危险的所有风险。包括应限制的事项、监督协议、特殊饮食需求或行为触发因素和技巧。

技巧和能力:

包括个人真正擅长的事情, 他们擅长的事情类型, 特别是那些不太明显的事情。

沟通方式:

包括个人如何最好地沟通, 以及他们更喜欢别人与他们沟通的方式。如果他们使用科技, 则包括如何使用科技。

夜间已计划替代看护服务 个性化协议

Overnight Planned Respite Services Individualized Agreement

个人的姓名			
地址		城市	州 邮政编码
家长/监护人姓名		电话号码 (含区号) ()	
办公电话 (含区号) ()	紧急电话/手机 (含区号) ()	备用看护人电话/手机 (如果无法联系家长/监护人) ()	
地址		城市	州 邮政编码
个案/资源管理员姓名		电话号码 (含区号) ()	
已安排的替代看护日期/时间			
从	时间	至	时间
第 1 部分由替代看护服务提供者在查看完申请并与个人/家庭交谈后填写。			
为口服药物提供的协助类型 (仅勾选一项)	<input type="checkbox"/> 工作人员将确保所有药物的安全, 并在代理护士授权下用药。 <input type="checkbox"/> 工作人员将确保所有药物的安全, 并对口服药物进行监督。 <input type="checkbox"/> 工作人员只会对不受工作人员保护的药物给予提醒。 <input type="checkbox"/> 个人没有任何口服药物。 <input type="checkbox"/> 其它 (请说明):		
为局部用药和/或管饲提供的协助类型 (仅勾选一项)	<input type="checkbox"/> 工作人员将确保药物的安全, 并在代理护士授权下进行局部用药/治疗/管饲。 <input type="checkbox"/> 工作人员将确保所有药物的安全, 并对局部用药进行监督。 <input type="checkbox"/> 工作人员将对不受保护的局部药物给予提醒。 <input type="checkbox"/> 个人没有任何局部用药或管饲需求。 <input type="checkbox"/> 其它 (请说明):		
在执行个人卫生和日常生活活动时提供的协助类型	<input type="checkbox"/> 工作人员将为卫生、活动和日常生活提供全面的身体支持 <input type="checkbox"/> 工作人员将为卫生、活动和日常生活提供些许身体支持 <input type="checkbox"/> 工作人员将为卫生、活动和日常生活提供提醒 <input type="checkbox"/> 工作人员将不为卫生、活动和日常生活提供支持 <input type="checkbox"/> 其它 (请说明):		
白天和晚上在家中必要的工作人员监督 (仅勾选一项)	<input type="checkbox"/> 工作人员将提供一对一监督 <input type="checkbox"/> 工作人员将保持足够近的距离, 以便随时听到个人的声音 <input type="checkbox"/> 工作人员将始终在附近并可提供协助, 但不需要始终直接与个人呆在一起 <input type="checkbox"/> 个人可无人看管最长 Number of hours (必须包含时间)		
夜间必要的监督 (仅勾选一项)	<input type="checkbox"/> 工作人员将在夜间呆在替代看护房屋中并提供一对一监督 <input type="checkbox"/> 工作人员将保持足够近的距离, 以便随时听到个人的声音 <input type="checkbox"/> 夜间工作人员以替代看护房屋为主要服务地点, 工作人员可以外出最长 Time (必须包含时间) <input type="checkbox"/> 夜间工作人员不以替代看护房屋为主要服务地点, 但将至少每隔 Time 查看一次 (必须包含时间)		
在社区时的必要工作人员监督 (仅勾选一项)	<input type="checkbox"/> 工作人员将在社区中陪伴个人并提供一对一监督 <input type="checkbox"/> 工作人员将在社区中陪伴个人; 可同时监督其他个人 <input type="checkbox"/> 个人可在没有工作人员监督的情况下安全进入社区		

在家中提供/可用的活动（勾选所有适用项）	<input type="checkbox"/> 游戏 <input type="checkbox"/> 拼图 <input type="checkbox"/> 做饭 <input type="checkbox"/> 电子游戏 <input type="checkbox"/> 音乐 <input type="checkbox"/> 电视/电影 <input type="checkbox"/> 手工 <input type="checkbox"/> 上网 <input type="checkbox"/> 电脑 <input type="checkbox"/> 其它（请列明）：
个人将带回家娱乐的物品	
在社区中提供/可用的活动（勾选所有适用项）	<input type="checkbox"/> 图书馆 <input type="checkbox"/> 保龄球 <input type="checkbox"/> 公园/临近散布 <input type="checkbox"/> 外出就餐 <input type="checkbox"/> 购物 <input type="checkbox"/> 外出看电影 <input type="checkbox"/> 礼拜仪式 <input type="checkbox"/> 其它（请列明）：
个人将为其社区活动花费金钱/礼品卡	<input type="checkbox"/> 要保存的分类帐 <input type="checkbox"/> 要保存的收据 <input type="checkbox"/> 个人能够管理他自己的钱，不需要分类帐或收据 <input type="checkbox"/> 其它（请说明）：
替代看护逗留时提供的交通（勾选所有适用项）	<input type="checkbox"/> 归机构所有的车辆 <input type="checkbox"/> 归工作人员所有的车辆 <input type="checkbox"/> 普通公共交通 <input type="checkbox"/> 专用公共交通 <input type="checkbox"/> 走去附近区域 <input type="checkbox"/> 其它（请说明）：
进餐时间支持、过敏和/或设施	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 仅管饲 <input type="checkbox"/> 液体/软质/泥状饮食 <input type="checkbox"/> 食物切成小块 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 进餐时需要工作人员监督和协助 <input type="checkbox"/> 其它（请说明）：
根据评估的需要在就诊期间使用的医疗器械（向工作人员提供使用说明）	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 霍耶升降机 <input type="checkbox"/> 床轨 <input type="checkbox"/> 头盔 <input type="checkbox"/> 其它（请说明）：
必要的环境安全设施	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 锁好的清洁用品 <input type="checkbox"/> 其它（请说明）：
个人将携带的其它物品（勾选所有适用项）	<input type="checkbox"/> 药物 <input type="checkbox"/> 轮椅 <input type="checkbox"/> 助行架 <input type="checkbox"/> 内裤 <input type="checkbox"/> 洗漱用品 <input type="checkbox"/> 通信 <input type="checkbox"/> 其它医疗设备/器械：
对于通信设备（如适用），应指明针对设备使用的工作人员支持和指示	<input type="checkbox"/> 工作人员将不对通信设备的使用提供支持 <input type="checkbox"/> 工作人员将对通信设备的使用提供支持 如果提供支持，则工作人员指示包括：
夜间已计划替代看护服务提供者审查并签字	
填表人的签名	日期
工整填写姓名	
第 2 部分由家长/监护人/看护人在查看完替代看护协议后填写。	
自初次填写完替代看护服务申请后的药物变化	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 请列明：
自初次填写完替代看护服务申请后的健康、行为或其它变化	<input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 请列明：
替代看护协议所需的任何其它已确定的需求和/或变化： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 是（请说明）：	
我明白使用医疗器械有一些已知的风险。考虑到预期效益和安全风险，我同意工作人员使用以下医疗器械： <input type="checkbox"/> 无 <input type="checkbox"/> 霍耶升降机 <input type="checkbox"/> 床轨 <input type="checkbox"/> 头盔 <input type="checkbox"/> 其它（请说明）：	

