

Консультація персоналу та сім'ї (SFC), 90-денний (квартальний) звіт про хід виконання Staff and Family Consultation (SFC) 90-Day (Quarterly) Progress Report

ІМ'Я КЛІЄНТА	ІМ'Я КЕРІВНИКА СПРАВОЮ													
ІМ'Я ПОСТАЧАЛЬНИКА	НАЗВА АГЕНТСТВА-ПОСТАЧАЛЬНИКА													
ДАТА ПОЧАТКОВОГО ПЛАНУ	ДІАПАЗОН ДАТ ДЛЯ ЦЬОГО ЗВІТУ													
<p>Мета консультації для членів персоналу або сім'ї (S/F) і підсумок їх прогресу за останні 90 днів:</p>														
<p>Потрібна підтримка, щоб допомогти S/F у досягненні мети: відмітьте все, що підходить.</p> <p> <input type="checkbox"/> Спостереження за діями членів S/F <input type="checkbox"/> Моделювання відповідних методів для S/F <input type="checkbox"/> Консультація по телефону <input type="checkbox"/> Направлення до групи підтримки сім'ї або правозахисної організації </p> <p>Опишіть:</p>														
<p>Якщо клієнт має поточний терапевтичний план, згідно з яким надається консультація, чи є нові потреби, про які повідомляє сім'я або член персоналу, про які слід повідомити терапевта? <input type="checkbox"/> Так <input type="checkbox"/> Ні</p> <p>Якщо так, то коротко поясніть:</p>														
<p>Бар'єри, які перешкоджають досягненню мет персоналом або членом сім'ї / рекомендовані зміни до Початкового плану:</p>														
<p>Направлення, надані з моменту останнього звіту, протягом останніх 90 днів, або значні зміни у клінічній картині клієнта, які спостерігалися за останні 90 днів (включіть дату направлення, якщо це можливо):</p>														
<p>Коли ви надавали консультацію персоналу та сім'ї (дати / час надання послуг за останні 90 днів)?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">ДАТА</th> <th style="width: 50%;">НАДАННЯ ПОСЛУГ (ВІДМІТЬТЕ СПОСІБ ДОСТАВКИ)</th> <th style="width: 25%;">ВИТРАТИ ЧАСУ (ЗА 15 ХВИЛИН)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td> <input type="checkbox"/> Особисто <input type="checkbox"/> Телесервіс </td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td> <input type="checkbox"/> Особисто <input type="checkbox"/> Телесервіс </td> <td></td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td> <input type="checkbox"/> Особисто <input type="checkbox"/> Телесервіс </td> <td></td> </tr> </tbody> </table>			ДАТА	НАДАННЯ ПОСЛУГ (ВІДМІТЬТЕ СПОСІБ ДОСТАВКИ)	ВИТРАТИ ЧАСУ (ЗА 15 ХВИЛИН)		<input type="checkbox"/> Особисто <input type="checkbox"/> Телесервіс			<input type="checkbox"/> Особисто <input type="checkbox"/> Телесервіс			<input type="checkbox"/> Особисто <input type="checkbox"/> Телесервіс	
ДАТА	НАДАННЯ ПОСЛУГ (ВІДМІТЬТЕ СПОСІБ ДОСТАВКИ)	ВИТРАТИ ЧАСУ (ЗА 15 ХВИЛИН)												
	<input type="checkbox"/> Особисто <input type="checkbox"/> Телесервіс													
	<input type="checkbox"/> Особисто <input type="checkbox"/> Телесервіс													
	<input type="checkbox"/> Особисто <input type="checkbox"/> Телесервіс													

Інструкції щодо форми 90-денного (квартального) звіту про хід виконання консультації персоналу та сім'ї (SFC)

(Заповнюється постачальником.)

Клієнт: Додайте ім'я клієнта.

Постачальник: Додайте ім'я постачальника консультацій для персоналу та сім'ї

Керівник справою: Додайте ім'я менеджера з керування ресурсами щодо поточної справи клієнта.

Альтернативна програма: Додайте, в якій альтернативній програмі зареєстровано клієнта.

Діапазон дат звіту: За який діапазон дат звітує цей звіт про хід виконання? Визначте місяці, протягом яких постачальник надавав спеціалізовану адаптацію, щодо якої розглядається цей звіт. Приклад: Січень, Лютий, Березень.

Мета консультації для членів персоналу або сім'ї (S/F) і підсумок: Задokumentуйте мету членів персоналу або сім'ї. Ця мета має збігатися з тим, що визначено в початковому плані для персоналу та сім'ї. Задokumentуйте прогрес персоналу або сім'ї за останні 90 днів.

Необхідна допомога: Задokumentуйте те, що постачальник буде робити з сім'єю або персоналом, щоб допомогти їм досягти своїх мет в рамках консультації персоналу та сім'ї.

Чи існує поточний терапевтичний план? Задokumentуйте, чи є у клієнта поточний терапевтичний план, за яким надається консультація, і чи є якісь нові потреби, про які слід повідомити фахівця, який складає план лікування?

Перешкоди для досягнення мети(мет): Задokumentуйте будь-які перешкоди чи труднощі, які виникають під час надання допомоги персоналу або члену сім'ї, а також будь-які рекомендовані зміни до Початкового плану.

Направлення: Задokumentуйте будь-які перешкоди, проблеми або зміни в консультації персоналу та сім'ї за останні 90 днів. (Включіть дату направлення, якщо можливо).

Коли ви надавали консультацію персоналу та сім'ї? Задokumentуйте дати надання консультації персоналу та сім'ї. Необхідно ідентифікувати особисте надання послуг і надання телепослуги. В останньому стовпчику вкажіть, скільки часу ви працювали з клієнтом кожного дня (приклад: одну (1) годину).

Підпис Клієнта: Підпишіть своє ім'я тут. Це означає, що ви погоджуєтеся з цією формою та згодні з нею.

Підпис законного представника: Законні представники ставлять свій підпис тут, якщо це можливо. Це означає, що вони погоджуються з цією формою та згодні з нею.

Підпис постачальника: Підпишіть своє ім'я тут.