

Отчет о 90-дневной (ежеквартальной) иппотерапии

ФИО КЛИЕНТА		ФИО КУРАТОРА	
ФИО ПОСТАВЩИКА УСЛУГ		НАИМЕНОВАНИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ-ПОСТАВЩИКА	
ДАТА ЗАПОЛНЕНИЯ (ФОРМЫ DSHS 27-194) ДОПОЛНЯЮЩЕЙ ТЕРАПИИ	ДИАПАЗОН ДАТ ДЛЯ ДАННОГО ОТЧЕТА	КЛИЕНТ PASSR <input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет	
Опишите цели и задачи клиента в отношении иппотерапии. Не более 3 (трех) на план. Более подробные указания смотрите в инструкции.			
Цель 1			
Цель 2			
Цель 3			
Если будут определены какие-либо новые цели лечения, первоначальный план иппотерапии подлежит пересмотру.			
Опишите стратегии лечения, используемые для достижения каждой из вышеуказанных целей:			
Цель 1			
Цель 2			
Цель 3			
Обобщите прогресс на пути к достижению цели в объективных и измеримых терминах, включая препятствия, с которыми пришлось столкнуться. Включите альтернативные стратегии, запланированные для устранения препятствий.			
Цель 1			Достижение цели по шкале от 1 до 10 (10 — цель достигнута). Цель 1: Цель 2: Цель 3:
Цель 2			
Цель 3			

Перечислите рекомендации по направлению к специалистам, предоставленные, если у участника, отказавшегося от претензий, имеются потенциальные предполагаемые потребности в медицинской поддержке, поддержке психического здоровья или образовательной поддержке:

Когда вы предоставляли иппотерапию (даты/время оказания услуг за последние 90 дней)?

Дата: Количество единиц (15 минут):

Дата посещения собраний CFT, консультации специалиста по поведению или других мероприятий по координации ухода:

Дата: Количество единиц (15 минут):
(максимум 2 часа в квартал)

Опишите результаты консультаций или координации ухода, если таковые имеются.

Включите дополнительные посещения на отдельной странице и прикрепите к данному отчету.

Всего единиц (15-минутного оказания услуги, предоставленной за предыдущие 90 дней):

Подписи

ПОДПИСЬ КЛИЕНТА	ДАТА	ПОДПИСЬ ЮРИДИЧЕСКОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА
ПОДПИСЬ ПОСТАВЩИКА УСЛУГ	ДАТА		

Указания по ежеквартальному отчету о ходе иппотерапии

ФИО клиента: добавьте ФИО клиента.

ФИО куратора: укажите ФИО куратора клиента.

ФИО поставщика: добавьте ФИО поставщика, который работает непосредственно с клиентом.

Наименование учреждения-поставщика: укажите наименование учреждения, в котором работает лечащий врач клиента.

Дата заполнения Формы дополняющей терапии (DSHS 27-194): Укажите дату заполнения этой формы.

Диапазон дат для данного отчета: Диапазон дат, за которые заполняется данная форма.

Клиент PASSR: установите этот флажок, если клиенту оказывается поддержка по программе PASSR. Это может подтвердить куратор клиента.

Опишите цели и задачи клиента в отношении иппотерапии: укажите, как цели связаны с рекомендуемой поддержкой, запрошенной поставщиком услуг поведенческой реабилитации. Опишите, как каждая цель дополняет основной план поведенческой поддержки. В одном плане не должно быть более трех целей.

Опишите стратегии лечения, используемые для достижения каждой цели: Какие методы и приемы использовались для поддержки клиента? Опишите их здесь.

Обобщите прогресс в достижении цели в объективных и измеримых терминах, включая препятствия, с которыми пришлось столкнуться: Включите альтернативные стратегии, запланированные для устранения препятствий. Укажите, какие шаги клиент предпринял в ходе иппотерапии, чтобы приблизиться к достижению своих целей. Как эта услуга помогает клиенту достичь своих целей? Если оценивать по шкале от 1 до 10, на каком этапе находится клиент в достижении поставленной цели иппотерапии?

Перечислите рекомендации по направлению к специалистам: Если у клиента имеются потенциальные основные потребности в медицинской поддержке, поддержке психического здоровья или образовательной поддержке (направление может быть направлено координатору по вопросам ухода, лечащему специалисту или DDA), перечислите в этом разделе все необходимые для клиента направления, которые выходят за рамки того, что может обеспечить иппотерапия. Примеры для рассмотрения: Есть ли какие-либо опасения по поводу психического здоровья клиента или его образовательных потребностей (для клиентов школьного возраста)? Требуется ли клиенту ресурсы, доступ к которым он еще не имеет?

Даты и время оказания услуг за последние 90 дней: Задокументируйте здесь, когда предоставлялась иппотерапия и сколько времени было на нее затрачено.

Дата посещения собраний CFT, консультаций со специалистом по поведению или других мероприятий по координации ухода: Задокументируйте все посещенные встречи, такие как встречи Группы по работе с клиентами и их семьями. Также задокументируйте любые новые стратегии консультаций по уходу, которые обсуждались.

Подпись клиента: Здесь клиент должен поставить свою подпись.

Подпись законного представителя: Если применимо, здесь должен поставить свою подпись законный представитель клиента, если он согласен с данным отчетом.

Подпись поставщика услуг: Здесь должен поставить свою подпись поставщик услуги иппотерапии.