



Эта папка принадлежит:

Папка по уходу за мной

**UC DAVIS
HEALTH**

**CHILDREN'S
HOSPITAL**

Children's Miracle Network Hospitals member



Папка по уходу за мной



«Папка по уходу за мной» – это ресурс для семей с детьми, нуждающимися в особом уходе по состоянию здоровья.

«Папка по уходу» необходима вам для того, чтобы вы:

- могли отслеживать принимаемые вашим ребёнком лекарства;
- записывали номера телефонов поставщиков медицинских услуг и полезных ресурсов;
- были готовы к предстоящим визитам;
- могли делиться информацией с поставщиком медицинских услуг вашего ребёнка.

«Папка по уходу» - это записная книжка, где вы можете организовать медицинскую информацию ребенка, результаты обследований, информацию о посещениях врачей и письменные материалы.

Чтобы начать вести «Папку по уходу»:

- ШАГ 1. Решите, что вы хотите хранить в «Папке по уходу».** Какая информация вам нужна чаще всего? Что необходимо знать о вашем ребёнке людям, ухаживающим за вашим ребёнком?
- ШАГ 2. Соберите уже имеющуюся у вас информацию,** такую как отчёты, госпитализации и результаты обследований.
- ШАГ 3. Из упаковки для составления «Папки по уходу» выберите понравившиеся вам страницы.**
- ШАГ 4. Составьте «Папку по уходу»** – чтобы разбить страницы на категории, вы можете воспользоваться разделителями с ярлыками или разделителями-карманами. Облегчите поиск необходимой вам информации.

Вы можете распечатать дополнительные страницы «Папки по уходу», посетив вебсайт детской больницы UC Davis Children's Hospital:



www.ucdmc.ucdavis.edu/children/patients_family_resources/Patient_and_Family_Education_A_to_Z/index.html

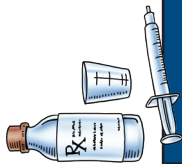
Вы можете скачать дополнительные страницы для вашей «Папки по уходу», посетив следующие вебсайты:

Center for Children with Special Needs, Seattle Children's, and Washington State Department of Health, Children with Special Health Care Needs Program: <http://cshcn.org/planning-record-keeping/care-notebook>

National Center for Medical Home Information, American Academy of Pediatrics: www.medicalhomeinfo.org/for_families/care_notebook

Мой ежедневный график: _____

Время	Вид ухода / занятие
 Утро	
День	
Вечер	
 Ночь	



Мои лекарства

Название, дозировка,
количество, частота и для чего

Время

До полудня

6

7

8

9

10

11

12

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

11

12

После полудня

1

2

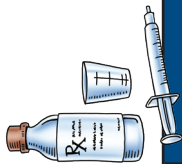
3

4

5

После полудня





Мои лекарства

Название, дозировка,
количество, частота и для чего

Время



До полудня

После полудня

После полнотчи

6 7 8 9 10 11 12 1 2 3 4 5





**UC DAVIS
HEALTH**

**CHILDREN'S
HOSPITAL**

Children's Miracle Network Hospitals member 

Календарь _____ МЕСЯЦ _____ ГОД _____

ВОСКРЕСЕНЬЕ	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**UC DAVIS
HEALTH**

**CHILDREN'S
HOSPITAL**

Children's Miracle Network Hospitals member 

Календарь _____ МЕСЯЦ _____ ГОД _____

ВОСКРЕСЕНЬЕ	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Медицинские/Хирургические процедуры

Число	Процедура	Результаты	Заметки

Познакомьтесь со мной:

Меня зовут:	Краткое имя:
День рождения:	Сегодняшнее число:
Немного обо мне:	
Мои сильные стороны: (то, что мне даётся с лёгкостью)	
Трудные моменты: (в общении, при принятии пищи, в обучении, проблемы с мобильностью, проблемы общения, недостаточного уровня энергии, проблемы поведенческого характера)	
Моя жизнь в социуме: (школа, детсад, религиозная община, мои любимые места)	
Информация о моём доме и семье:	
Мой диагноз (диагнозы):	
Общее состояние моего здоровья:	
Операции или процедуры, перенесённые мной ранее; лабораторные/диагностические исследования:	

Познакомьтесь со мной:

Меня зовут:	Краткое имя:
День рождения:	Сегодняшнее число:
Лекарства, которые я принимаю в данный момент/их дозировка:	
Аллергии:	
Чего я должен избегать: (продукты питания, физические нагрузки и процедуры)	
Виды оборудования/вспомогательных устройств, которыми я пользуюсь: (лангеты/ортопедические приспособления, ходунки, кресло-каталка, коммуникационные устройства, кислород, инсулиновая помпа, аэродинамический ингалятор, устройство для отсасывания жидкостей)	
Другие моменты, которые вы должны обо мне знать:	
Вы можете мне помочь следующим образом:	

График питания



UC DAVIS
HEALTH | **CHILDREN'S**
HOSPITAL

Children's Miracle Network Hospitals member 

ЧИСЛО	ВОСКРЕСЕНЬЕ	ПОНЕДЕЛЬНИК	ВТОРНИК	СРЕДА	ЧЕТВЕРГ	ПЯТНИЦА	СУББОТА
Кормление через зонд							
Завтрак							
Обед							
Ужин							
Перекусы							
Примечания							

График кормления новорожденного через бутылочку/гастростомическую трубку



Кормление
через бутылочку



Кормление через
гастростомическую трубку





Подгузники



Лекарства

Время
кормления

Не забудьте налить в пакет _____ мл молока, чтобы подготовить трубку. Это не является частью кормления.

_____ Утра 					
_____ Утра					
_____ Дня					
_____ вечера					
_____ вечера 					
_____ Ночи		Добавьте в пакет _____ мл и установите режим подачи помпы на _____ мл в час			
_____ Ночи		Добавьте в пакет _____ мл и установите режим подачи помпы на _____ мл в час			



Источники информации для членов семьи

Компания-поставщик медицинских товаров: _____

Контактное лицо: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Факс: _____ Эл. почта: _____

Вебсайт: _____

Компания-поставщик медицинских товаров: _____

Контактное лицо: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Факс: _____ Эл. почта: _____

Вебсайт: _____

Сестринский уход на дому (Home Health, Public Health, Shift/Respite): _____

Контактное лицо: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Факс: _____ Эл. почта: _____

Вебсайт: _____

Региональный центр/другая организация по оказанию помощи с развитием: _____

Контактное лицо: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Факс: _____ Эл. почта: _____

Вебсайт: _____

Другой источник: _____

РКонтактное лицо: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Факс: _____ Эл. почта: _____

Вебсайт: _____

Другой источник: _____

Контактное лицо: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Факс: _____ Эл. почта: _____

Вебсайт: _____

В случае экстренной ситуации

Обновлено: _____

ИНФОРМАЦИЯ О РЕБЁНКЕ

Имя:		Аллергии:	
Дата рождения:		Родной язык/предпочитаемый язык общения:	
Домашний адрес:			
Родители/опекуны:		Кем приходится:	
Домашний телефон:		Другие номера:	
Диагноз:			

Лекарства	Дозировка	Лекарства	Дозировка

Контактное лицо в экстренном случае:	Кем приходится:	Номер(а) телефона:
--------------------------------------	-----------------	--------------------

ИНФОРМАЦИЯ О ВРАЧЕ

Лечащий врач:	Телефон:	Факс:
Врач-специалист:	Телефон:	Факс:
Врач-специалист:	Телефон:	Факс:

Медицинская страховка:

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АПТЕКЕ

Название:	
Адрес:	Телефон:

ДРУГАЯ ИНФОРМАЦИЯ/ДРЕНАЖНЫЕ ТРУБКИ/УСТРОЙСТВА

В экстренных случаях очень важно учитывать следующую информацию о моём ребёнке:

Контактная информация в экстренных случаях

UC DAVIS
HEALTH

CHILDREN'S
HOSPITAL

Children's Miracle Network Hospitals member
(Miembro de Children's Miracle Network Hospitals)

Имя: Адрес:	Дата рождения: Номера телефонов:
Учётный номер пациента: Предпочитаемая больница:	Страховка: Имя подписчика:
Информация о родителе/опекуне Имя: Телефон:	Информация о родителе/опекуне Имя: Телефон:
Контактное лицо в экстренном случае Имя: Кем приходится: Телефон:	Контактное лицо в экстренном случае Имя: Кем приходится: Телефон:

Контактная информация доктора

Лечащий врач: Номер телефона:	Врач-специалист: Специализация: Номер телефона:
Врач-специалист: Специализация: Номер телефона:	Врач-специалист: Специализация: Номер телефона:
Врач-специалист: Специализация: Номер телефона:	Врач-специалист: Специализация: Номер телефона:

Каков план?

Имя ребёнка: _____



Вопросы/Проблемы:	Число:	Число:	Число:
О чём я хочу сегодня поговорить? <ul style="list-style-type: none">• Что нового?• Что беспокоит?			
На что я могу надеяться? <ul style="list-style-type: none">• Сегодня• От доктора• Мои (пациента) дальнейшие шаги			
Следующие шаги? Что надо сделать? <ul style="list-style-type: none">• Изменения в лекарствах• Лабораторные анализы• Вспомогательное оборудование			
Кто это делает? <ul style="list-style-type: none">• Пациент• Родители• Доктора• Медсестринский персонал			
К какому сроку? (временные рамки)			
Как мы будем за этим наблюдать?			

