



DOERNBECHER
CHILDREN'S
Hospital

Chào mừng quý vị đến với Child Development and Rehabilitation Center và OHSU Doernbecher Children's Hospital

Chúng tôi rất vinh hạnh khi được quý vị chọn là nơi chăm sóc cho con em quý vị. Mục tiêu của chúng tôi là cung cấp dịch vụ chăm sóc có chất lượng cao nhất một cách kịp thời và tôn trọng.

Ở trang kế tiếp, chúng tôi có cung cấp cho quý vị danh sách các loại tài liệu quý vị cần thu thập để hỗ trợ chúng tôi trong việc đánh giá con em quý vị.

Chúng tôi cần quý vị gửi lại tất cả các tài liệu được yêu cầu trước khi chúng tôi có thể đưa con em quý vị vào danh sách chờ sắp lịch hẹn. Vui lòng gửi tài liệu qua đường bưu điện, fax hoặc email đến văn phòng chúng tôi sớm nhất có thể:

Oregon Health & Science University
Attention: CDRC
PO Box 574
Portland, OR 97207-0574
Fax: 503 494-4447
Email: cdrcnorthunit@ohsu.edu

Nếu quý vị có bất kỳ thắc mắc hoặc vấn đề gì khi hoàn thành các biểu mẫu này, hoặc cần thông tin này bằng một ngôn ngữ khác, vui lòng gọi theo số 877-346-0640.

Vui lòng dùng bút mực đen trên tất cả các biểu mẫu, tạo một bản sao của mọi tài liệu quý vị gửi trong thư, và luôn giữ lại các bản gốc của quý vị.

Cảm ơn quý vị đã dành thời gian và nỗ lực để hoàn thành và gửi lại gói tài liệu này. Chúng tôi mong muốn được làm việc cùng quý vị và gia đình quý vị.

Nếu quý vị cần thông tin này bằng một ngôn ngữ khác, vui lòng gọi số 877-346-0640.



Những Câu Hỏi Thường Gặp về Đánh Giá của CDRC

Khi nào thì tôi nên gọi đến để kiểm tra tình trạng giới thiệu của con em mình?

Hàng tuần CDRC nhận được rất nhiều giới thiệu và chúng tôi cố gắng kết nối quý vị với bộ phận đăng ký của OHSU trong vòng 48 giờ. Nếu quý vị không được chúng tôi liên hệ trong vòng 5 ngày làm việc, vui lòng gọi đến số 503-346-0640.

Khi nào thì tôi nhận được gói tiếp nhận thông tin?

Vui lòng gọi theo số 503-494-8505 để cập nhật thông tin đăng ký của con em quý vị, vì bước này là bắt buộc (ngay cả khi trước đây quý vị đã từng làm việc với CDRC). Vui lòng chuẩn bị sẵn sàng thẻ bảo hiểm của quý vị khi gọi đến. Sau khi liên hệ để đăng ký, gói tiếp nhận thông tin của quý vị sẽ được gửi đến trong vòng 10 ngày làm việc.

Danh sách chờ của chương trình lâm sàng kéo dài bao lâu?

Tại CDRC chúng tôi có nhiều phòng khám đánh giá khác nhau. Các bệnh nhân được chỉ định cho một phòng khám cụ thể phụ thuộc vào tuổi tác, triệu chứng, chẩn đoán (nếu đã biết) của họ, và thông tin từ gói tiếp nhận thông tin quý vị gửi trả. Thời gian chờ của từng phòng khám sẽ khác nhau, và quý vị có thể phải chờ nhiều tháng sau khi gửi trả gói tài liệu để được sắp lịch hẹn.

Khi nào thì tôi nên gọi đến để kiểm tra con em mình đang ở đâu trong danh sách chờ của chương trình lâm sàng?

Quý vị có thể gọi để kiểm tra liệu phòng khám của chúng tôi đã nhận được tài liệu tiếp nhận thông tin quý vị đã gửi trả hay chưa (vui lòng tạo bản sao của mọi tài liệu quý vị gửi qua đường bưu điện), và cũng nên gọi để thông báo cho chúng tôi nếu có bất kỳ thông tin nào đã thay đổi, chẳng hạn như địa chỉ hoặc số điện thoại của quý vị. Tuy nhiên, vui lòng chờ 90 ngày trước khi gọi để kiểm tra vị trí của con em quý vị trong danh sách chờ, vì thường sẽ mất khoảng thời gian này để xử lý thông tin.

Bảo hiểm của tôi có đài thọ cho chi phí này không?

Chúng tôi làm việc với hầu hết các chương trình bảo hiểm, nhưng sẽ khác nhau tùy theo từng hợp đồng. Chúng tôi khuyến nghị quý vị liên hệ sớm với công ty bảo hiểm của mình để đảm bảo các dịch vụ của chúng tôi được đài thọ, rằng chúng tôi nằm trong mạng lưới của quý vị, và rằng mọi sự cho phép cần có đều đã được xử lý trước. Bài kiểm tra về tình trạng khuyết tật trong học tập, nếu cần, thường không được bảo hiểm y tế đài thọ, và có thể được học khu của quý vị thực hiện.

Tôi có thể đưa trẻ khác đến buổi hẹn hay không?

Sự có mặt của quý vị tại phòng khám trong suốt toàn buổi hẹn là bắt buộc (buổi hẹn có thể kéo dài từ 1 giờ rưỡi cho đến 6 giờ). Vui lòng để anh chị em của trẻ và các thành viên trong gia đình ở nhà, không đưa đến buổi hẹn này.



Trung Tâm Phát Triển và Phục Hồi Trẻ Em

Các Nguồn Tài Nguyên Trong Cộng Đồng

Bây giờ chúng ta có thể làm gì?

Có nhiều tài nguyên trong các cộng đồng địa phương dành cho các gia đình ở Oregon. Quý vị không cần phải chờ đến khi nhận được đánh giá của con quý vị từ Trung Tâm Phát Triển và Phục Hồi Trẻ Em (Child Development and Rehabilitation Center, CDRC) để sử dụng những sự hỗ trợ này. Quý vị có thể bắt đầu ngay hôm nay!

Nếu con quý vị cần được hỗ trợ phát triển:

Nếu quý vị lo lắng về tiến bộ của con mình, Khu Dịch Vụ Giáo Dục có thể hỗ trợ gia đình quý vị. Họ có thể đề nghị các ý tưởng kiểm tra hoặc học tập. Các phương pháp này xem xét các ý năng tư duy và học tập, tự chăm sóc, giao tiếp, hệ giác quan và/hoặc kỹ năng vận động của con quý vị.

Trẻ 0-5 tuổi:

Trẻ sơ sinh và trẻ tập đi

Tìm sự giúp đỡ dành cho trẻ từ 0-5 tuổi thông qua các chương trình Can Thiệp Sớm (Early Intervention, EI) và Giáo Dục Đặc Biệt Đầu Đời (Early Childhood Special Education, ECSE). Tìm hiểu thêm tại <https://bit.ly/2XVGNsw>.

Các chương trình Head Start

Chương trình Early Head Start là dành cho phụ nữ mang thai, trẻ sơ sinh và trẻ tập đi. Chương trình Head Start là dành cho trẻ 3-5 tuổi. Các chương trình này giúp trẻ em sẵn sàng đi học. Họ cung cấp các dịch vụ giáo dục, chăm sóc sức khỏe và thực phẩm. Cũng có các dịch vụ dành cho các gia đình của nông dân lưu động hoặc mùa vụ. Tìm hiểu thêm tại www.ohsa.net.

Nếu con quý vị cần được hỗ trợ ở trường:

Nếu con quý vị đang đi học, con quý vị có thể nhận được sự hỗ trợ giáo dục đặc biệt từ học khu. Liên hệ với trường của con quý vị để bắt đầu quy trình. **Quý vị không phải chờ kết quả đánh giá CDRC để bắt đầu các dịch vụ với trường của quý vị.**

Để được giúp đỡ về các dịch vụ tại trường, hãy liên hệ:

FACT Oregon..... 1-888-988-3228..... <http://factoregon.org> or
Washington PAVE..... 253-565-2266..... <http://www.wapave.org>
Stand for Children..... 800-663-4032..... <http://stand.org/oregon>

Nếu gia đình quý vị cần nhiều hơn các dịch vụ ở trường:

Quý vị có thể tìm thấy các dịch vụ hỗ trợ thông qua một nhà cung cấp dịch vụ trong cộng đồng ngay cả khi con quý vị chưa có chẩn đoán tự kỷ.

Phát triển và thực hành kỹ năng:

Hãy hỏi bác sĩ của con quý vị để lấy giấy giới thiệu trị liệu. Gọi cho công ty bảo hiểm của quý vị để tìm hiểu các nhà cung cấp nào được chi trả gần nhà quý vị. Số điện thoại của công ty bảo hiểm của quý vị sẽ được ghi trên thẻ bảo hiểm của quý vị.

- Các chuyên gia bệnh học âm ngữ xử lý các kỹ năng giao tiếp, chẳng hạn như nói và nghe, và các kỹ năng xã hội như chơi cùng nhau.
- Các nhà hoạt động trị liệu xử lý các kỹ năng vận động, các kỹ năng sống hàng ngày và những khác biệt giác quan như phản ứng với tiếng ồn và các kết cấu đồ vật.



Trung Tâm Phát Triển và Phục Hồi Trẻ Em

Các Nguồn Tài Nguyên Trong Cộng Đồng

Sự hỗ trợ sức khỏe hành vi và tâm thần:

Các gia đình nào có con có những khác biệt phát triển có thể nhận được lợi ích từ sự hỗ trợ của một nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe tâm thần. Các nhà cung cấp này chuyên giúp các gia đình xử lý các hành vi có vấn đề hoặc các quan ngại khác, chẳng hạn như lo âu hoặc ADHD. Công ty bảo hiểm của quý vị có thể giúp tìm một nhà cung cấp đủ điều kiện. Để tìm các dịch vụ này đối với sức khỏe tâm thần:

Nếu quý vị có bảo hiểm tư nhân:

Hãy tìm số điện thoại trên thẻ bảo hiểm của quý vị.

Nếu quý vị có bảo hiểm Oregon Health Plan:

Gọi cho Tổ Chức Chăm Sóc Có Điều Phối (Coordinated Care Organization, CCO) tại địa phương của quý vị để tìm hiểu về các dịch vụ này. Tìm một danh sách các CCO tại <https://bit.ly/2D5E5lg>.

Nếu quý vị có bảo hiểm Washington State Medicaid:

Gọi cho chương trình chăm sóc có quản lý của quý vị. Tìm danh sách các chương trình chăm sóc có quản lý tại <https://bit.ly/2VBEITO>.

Chúng ta có thể tìm được sự giúp đỡ ở đâu khác?

Có một số nhóm hỗ trợ dành cho các gia đình và trẻ có những khác biệt về phát triển tại Oregon. Một số nhóm là:

- **The Oregon Center for Children & Youth with Special Health Needs (OCCYSHN)**
www.occyshn.org hoặc 503-494-8303
- **CaCOON Care**
Dịch vụ điều phối được cung cấp bởi các y tá thăm khám tại gia thuộc cơ quan y tế công.
<http://www.ohsu.edu/xd/outreach/occyshn/programs-projects/cacoon.cfm>
- **FACT Family Support**
www.factoregon.org hoặc 1-888-988-3228
- **Oregon Family to Family**
Cung cấp thông tin cho các gia đình có trẻ em và thanh thiếu niên có nhu cầu chăm sóc sức khỏe đặc biệt.
www.oregonfamilytofamily.org hoặc 1-855-323-6744 (Tiếng Tây Ban Nha: 503-931-8930)
- **Autism Society of Oregon/Washington (ASO)**
ASO có thể cung cấp sự hỗ trợ và khuyến cáo **bất kể** chẩn đoán y tế của trẻ là gì.
<https://autismsocietyoregon.org> hoặc 1-888-Autism-1 (1-888-288-4761)

Các ý tưởng khác gồm có:

- Các nhóm vui chơi tại địa phương
- Các nhóm địa phương dành cho cha mẹ của trẻ có khác biệt
- Các lớp học của Các Công Viên và Trung Tâm Giải Trí Địa Phương dành cho trẻ nào cần được hỗ trợ thêm



CHILD DEVELOPMENT AND REHABILITATION CENTER

Gói Thông Tin Tiếp Nhận

Chúng tôi cần quý vị gửi các loại tài liệu sau đây trước khi chúng tôi có thể đưa quý vị vào danh sách chờ sắp lịch hẹn. **Nếu quý vị cần trợ giúp hoặc cần thông tin này bằng một ngôn ngữ khác, vui lòng gọi số 503-346-0640.**

Vui lòng tạo một bản sao của mọi tài liệu quý vị gửi qua bưu điện, và luôn giữ lại các bản gốc. Vui lòng hoàn thành tất cả các biểu mẫu bằng bút mực ĐEN.

Các loại tài liệu quý vị cần hoàn thành:

- OHSU Child Development and Rehabilitation Center, Bệnh Sử của Bệnh Nhân
- Hãy gọi đến bộ phận đăng ký bệnh nhân theo số 503-494-8505 để thiết lập hoặc cập nhật tài khoản OHSU cho bệnh nhân. Vui lòng chuẩn bị sẵn sàng thông tin bảo hiểm khi quý vị gọi điện.

Các loại tài liệu thu thập từ trường học:

Biểu mẫu Tiết Lộ Thông Tin được đính kèm nếu quý vị muốn nhà trường gửi trực tiếp thông tin này cho chúng tôi.

- Bảng Câu Hỏi Dành Cho Giáo Viên
- Thang Đo Đánh Giá Vanderbilt NICHQ, Giáo Viên Cung Cấp Thông Tin
Người hoàn thành biểu mẫu này có thể là giáo viên, nhà trị liệu, nhà cung cấp dịch vụ giữ trẻ trong ngày, hoặc người đến thăm khám tại nhà.

Nếu con em quý vị có Kế Hoạch Giáo Dục Cá Nhân Hóa (IEP) hoặc Kế Hoạch 504, hãy gửi kèm:

- Bản sao Kế Hoạch Giáo Dục Cá Nhân Hóa (IEP) hoặc giấy tờ của Kế Hoạch 504 (nếu có)
- Bản sao bài kiểm tra gần nhất hoặc bài kiểm tra tính hội đủ điều kiện nhận giáo dục đặc biệt (nếu có)

Thông Tin Khác (tùy chọn):

- Hãy cân nhắc việc gửi kèm các bản sao của bất kỳ bài kiểm tra trước đây nào có liên quan đến học tập, ngôn ngữ, giác quan/kỹ năng vận động, hay hành vi VÀ/HOẶC ghi chú tiến độ gần nhất từ các nhà cung cấp dịch vụ can thiệp hiện tại

Gửi gói tài liệu qua đường bưu điện đến:

Intake Coordinator
Child Development and Rehabilitation Center (CDRC)
901 E 18th Avenue
Eugene, OR 97403

Quý vị cũng có thể gửi tài liệu qua fax hoặc email đến:

Fax: 503-346-6918
Email: eugenereferrals@ohsu.edu



Oregon Health & Science University
Hospitals and Clinics
Doernbecher Pediatric

OC4501



**CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY
TIỀN SỬ BỆNH CỦA BỆNH NHÂN**

Trang 1 / 9

SỐ TÀI KHOẢN

SỐ BỆNH ÁN

TÊN

NGÀY SINH

Danh Tính Bệnh Nhân

Vui lòng điền vào biểu mẫu này đầy đủ nhất có thể. Sử dụng thêm giấy nếu cần.

Tên quý vị: _____

Ngày: _____

Quan hệ với trẻ: _____ Ai là người giám hộ hợp pháp của trẻ? _____

Con quý vị thích được gọi bằng tên gì? _____

Nếu ở nhà có nói các ngôn ngữ khác, trẻ hiểu ngôn ngữ nào nhất? _____

Nói ngôn ngữ nào nhiều nhất? _____

Đánh dấu nếu trẻ được nhận làm con nuôi và liệt kê quốc gia nơi sinh: _____ tuổi được nhận nuôi: _____

1. Quý vị lo ngại về điều gì nhất?
2. Những mối lo ngại này bắt đầu từ khi nào?
3. Trước những lo ngại này, con quý vị đã thực hiện những xét nghiệm hoặc phương pháp điều trị nào?
4. Những phương pháp nào đã được thử (bao gồm thuốc) để điều trị?
5. Con quý vị thích làm gì?
6. Quý vị muốn thấy điều gì xảy ra sau chuyến thăm khám này?
7. Quý vị cảm thấy mình có thể sử dụng sự trợ giúp nhiều nhất ở đâu?



Các loại thuốc, chế độ ăn uống, các nhu cầu chăm sóc sức khỏe khác hiện tại

Liệt kê tất cả các loại thuốc (từ bác sĩ, thuốc mua không theo kê toa, vitamin và thuốc bổ) mà con quý vị hiện đang dùng. (Sử dụng thêm giấy nếu cần)

Trẻ có được kiểm tra thị lực trong năm qua không?

Có Không Kết quả kiểm tra: Đạt Không đạt

Trẻ có được kiểm tra thính lực trong năm qua không?

Có Không Kết quả kiểm tra: Đạt Không đạt

Có chủng ngừa đầy đủ không?

Có Không Không biết

Dị ứng (Vui lòng liệt kê):

Thuốc Thực phẩm Khác Không biết



Tiền sử mang thai và sinh nở

Tuổi của cha mẹ đẻ khi sinh con: _____

Mẹ đẻ đã mang thai bao nhiêu lần? _____

Trẻ này được sinh ra vào lần mang thai thứ mấy?

Quý vị có sẩy thai hoặc phá thai lần nào không?

Có Mấy lần? _____

Không Không biết

Trẻ đang được nhận nuôi tạm thời hoặc nhận làm con nuôi và tiền sử chu sinh bị hạn chế

Cha mẹ đẻ uống rượu (giải thích)	Có	Không
Cha mẹ đẻ đã sử dụng ma túy/chất kích thích: (giải thích)		
Cha mẹ đẻ đã bị căng thẳng nghiêm trọng, chấn thương tinh thần, chấn thương thể chất		
Các bệnh/biến chứng nghiêm trọng khác trong thai kỳ (giải thích):		

Trong thời kỳ mang thai, cha mẹ đẻ đã mắc:	Có	Không
Bệnh tiểu đường		
Cao huyết áp		
Vỡ ối hơn 24 giờ trước khi sinh nở		
Cha mẹ đẻ đã sử dụng thuốc kê theo toa: (giải thích)		
Cha mẹ đẻ đã hút thuốc lá (giải thích)		

Sinh nở:	Có	Không
Khởi phát chuyển dạ		
<input type="checkbox"/> Sử dụng kẹp hoặc/ Hút chân không		
Sinh mổ		
Sinh đôi hoặc sinh nhiều bé cùng lúc		
<input type="checkbox"/> Trẻ sinh non; sớm vài tuần: _____		
<input type="checkbox"/> Trẻ sinh muộn; chậm vài tuần _____		
Cân nặng khi sinh: _____ Chiều dài: _____		
Các biến chứng khác: (giải thích)		



Tiền sử mang thai và sinh nở (tiếp)

Sau khi sinh, trẻ bị:	Có	Không
Khó thở nghiêm trọng		
Nhiễm trùng		
Vàng da		
Truyền dịch qua tĩnh mạch hoặc cho ăn qua ống		
Động kinh hoặc co giật		
Buộc phải nằm lại Phòng chăm sóc tích cực (NICU)		
Trẻ xuất viện về nhà lúc _____ ngày tuổi		
Các mối lo ngại khác: (giải thích)		

Da	Có	Không
Chàm hoặc nổi mề đay		
Các tình trạng da khác (giải thích):		
Vết bớt (giải thích):		

Tim mạch-hô hấp (tim/phổi)	Có	Không
Bệnh suyễn		
Ho mạn tính		
Viêm phổi		
Tiếng thổi của tim hoặc khuyết tật tim bẩm sinh		
Các mối lo ngại khác (giải thích):		

Đánh giá các cơ quan (mọi lứa tuổi)

Mắt, tai, mũi, miệng, họng	Có	Không
Các vấn đề về thị lực hoặc mắt		
Các lo ngại về thính giác		
Nhiễm trùng tai thường xuyên		
Các lo ngại về nha khoa		
Nghẹn hoặc nôn ọe khi cho ăn		
Các mối lo ngại khác: (giải thích)		



**CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY
TIỀN SỬ BỆNH CỦA BỆNH NHÂN**

SỐ TÀI KHOẢN

SỐ BỆNH ÁN

TÊN

NGÀY SINH

Trang 5 / 9

Danh Tính Bệnh Nhân

Vùng bụng (dạ dày/ruột)	Có	Không
Đau bụng		
Kém ăn		
Kén ăn		
Nôn từng cơn		
Táo bón thường xuyên		
Tiêu chảy thường xuyên		
Các mối lo ngại khác (giải thích):		

Bộ phận sinh dục/đường tiết niệu	Có	Không
Đái dầm		
Nhiễm trùng đường tiết niệu hoặc thận		
Són tiểu ban ngày:		
Đối với bé gái, đã bắt đầu có kinh nguyệt		
Các mối lo ngại khác: (giải thích):		

Cơ bắp và cấu trúc xương	Có	Không
Loạn sản hoặc trật khớp hông		
Dị tật bàn chân hoặc chân		
Vẹo cột sống hoặc dị tật lưng khác		
Các mối lo ngại khác (giải thích):		

Hệ thần kinh	Có	Không
Đau đầu thường xuyên		
Co giật hoặc động kinh		
Động kinh vắng ý thức		
Giật cơ, co rút không kiểm soát được		
Chấn thương đầu nghiêm trọng hoặc bất tỉnh (giải thích):		
Các mối lo ngại khác (giải thích):		



**CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY
TIỀN SỬ BỆNH CỦA BỆNH NHÂN**

SỐ TÀI KHOẢN
SỐ BỆNH ÁN
TÊN
NGÀY SINH

Trang 6 / 9

Danh Tính Bệnh Nhân

Lời nói và ngôn ngữ:	Có	Không	Không biết
Chậm nói (phát âm)			
Quý vị hoặc những người khác có gặp vấn đề trong việc hiểu con mình không?			
Gia đình quý vị có nói ngôn ngữ khác ở nhà không?			

Giấc ngủ	Có	Không	Không biết
Ngáy to			
Khó đi vào/duy trì giấc ngủ			
Các mối lo ngại khác (giải thích):			

Phát triển	Độ tuổi	Không biết
Đã lật đợc		
Đã có thể ngồi mà không cần hỗ trợ		
Đã biết bò		
Đã biết đi một cách đợc lập		
Đã biết đi xe ba bánh		
Đã biết đi xe đạp		
Đã bắt đầu nói bập bẹ (nghe như "baba" hoặc "dada")		
Đã biết chơi các trò như "ú òa", "trò chơi vỗ tay"		
Đã biết chỉ để biểu thị mong muốn		
Đã sử dụng các từ đầu tiên ngoài "mama" và "dada"		
Đã sử dụng cụm từ gồm 2-3 từ		
Đã sử dụng câu		
Đã học cách đi vệ sinh vào ban ngày		



**CHILD DEVELOPMENT
AND REHABILITATION CENTER
PATIENT MEDICAL HISTORY
TIỀN SỬ BỆNH CỦA BỆNH NHÂN**

SỐ TÀI KHOẢN
SỐ BỆNH ÁN
TÊN
NGÀY SINH

Trang 7 / 9

Danh Tính Bệnh Nhân

Tiền sử gia đình (vui lòng điền vào từng trường và liệt kê tất cả các thành viên trong gia đình của quý vị là con nhận nuôi tạm thời hoặc con nuôi, nếu biết)

Tên mẹ đẻ: _____ Tuổi: _____

Lo ngại về y khoa, sức khỏe tâm thần hoặc tiếp thu/học tập? Có Không

Sống tại nhà của trẻ? Có Không

Tên cha đẻ: _____ Tuổi: _____

Lo ngại về y khoa, sức khỏe tâm thần hoặc tiếp thu/học tập? Có Không

Sống tại nhà của trẻ? Có Không

Thành viên quan trọng trong gia đình:

Tên: _____ Quan hệ với bệnh nhân: _____ Tuổi: _____

Sống tại nhà của trẻ? Có Không

Tên: _____ Quan hệ với bệnh nhân: _____ Tuổi: _____

Sống tại nhà của trẻ? Có Không

Tên: _____ Quan hệ với bệnh nhân: _____ Tuổi: _____

Sống tại nhà của trẻ? Có Không

Tên: _____ Quan hệ với bệnh nhân: _____ Tuổi: _____

Sống tại nhà của trẻ? Có Không

Tên: _____ Quan hệ với bệnh nhân: _____ Tuổi: _____

Sống tại nhà của trẻ? Có Không

Tên: _____ Quan hệ với bệnh nhân: _____ Tuổi: _____

Sống tại nhà của trẻ? Có Không



Bệnh sử của gia đình ruột thịt: _____

Tiền sử xã hội

Bệnh tật hoặc thương tích nghiêm trọng đối với trẻ, người chăm sóc hoặc anh chị em Có Không

Vô gia cư Có Không

Thiếu thốn đồ ăn Có Không

Căng thẳng gia đình do mất việc làm hoặc mất thu nhập Có Không

Tài chính không ổn định Có Không

Đi lại không ổn định Có Không

Quý vị có muốn kết nối với các nguồn lực có thể giúp quý vị về bất kỳ mục nào quý vị đã đánh dấu ở trên không?

Các sự kiện xảy ra trong gia đình hoặc nhà đôi khi có thể ảnh hưởng đến hành vi và việc học tập của một người.

Đánh dấu vào đây nếu quý vị muốn gặp trực tiếp để trả lời phần này của biểu mẫu

Vui lòng đánh dấu nếu bệnh nhân đã trải qua bất kỳ điều nào sau đây:

- Cha mẹ mắc bệnh về cảm xúc hoặc sức khỏe tâm thần
- Xung đột giữa cha mẹ về việc nuôi dạy con cái
- Có liên quan với tòa án vị thành niên hoặc hệ thống tư pháp
- Có liên quan với các dịch vụ xã hội/dịch vụ bảo vệ trẻ em
- Bất đồng về việc quyền được nuôi con
- Bố trí về việc được nuôi dưỡng tạm thời
- Cha mẹ lạm dụng chất kích thích/rượu
- Tiếp xúc với bạo lực gia đình/thể xác tại nhà



- Cha mẹ hoặc anh chị em qua đời
- Điều trị bởi nhà tư vấn tâm lý, chuyên gia tâm lý hoặc bác sĩ tâm thần
- Bỏ rơi
- Lạm dụng thể chất
- Lạm dụng tình dục
- Cha mẹ ly thân hoặc ly hôn

Chăm sóc và giáo dục trẻ em

Con quý vị có đi nhà trẻ, trường học hay trường mầm non không? Có Không

Tên trường/chương trình: _____ Khối lớp hiện tại: _____

Có phải trẻ đã hoặc đang tham gia các chương trình can thiệp sớm hoặc giáo dục đặc biệt không?

Có Không

Trẻ có nhận được bất kỳ sự hỗ trợ nào khác không?

- Cá nhân hóa Kế hoạch giáo dục (IEP)
- Gia đình cá nhân Kế hoạch dịch vụ (IFSP)
- Hỗ trợ Tiêu đề I
- Kế hoạch 504

Vui lòng chọn bất kỳ hỗ trợ nào mà con quý vị nhận được (nếu biết). Vui lòng chọn tất cả các mục phù hợp:

- Trung tâm học tập / phòng nguồn lực
- Kế hoạch hành vi
- Liệu pháp ngôn ngữ
- Kế hoạch hoặc phác đồ cho ăn
- Trị liệu công năng
- Tiêu đề I, kế hoạch 504
- Vật lý trị liệu
- Tôi không biết

Tư vấn/sức khỏe tâm thần (tại sao và trong bao lâu?): _____

Quý vị có cảm thấy như con quý vị cần thêm sự trợ giúp mà chúng không nhận được ở nhà hoặc ở trường không? _____

Khác (xin nêu rõ): _____

Thông tin bổ sung

Có điều gì khác quan trọng mà chúng tôi cần biết về con quý vị không? Vui lòng thêm các trang bổ sung nếu cần.



DOERNBECHER
CHILDREN'S
Hospital

CHILD DEVELOPMENT AND REHABILITATION CENTER

Dear Teacher:

The parent(s)/guardian(s) of one of your students is seeking to have their child evaluated at the Child Development and Rehabilitation Center at Oregon Health & Science University. As part of the evaluation process, we are requesting the following information to assist us with the diagnosis and treatment of your student.

Please use black ink on all forms; make a copy of anything you send, and always keep your originals.

Items to complete:

- Teacher Vanderbilt Questionnaire (enclosed)
- Teacher Information Form (enclosed)

Items to provide to parent:

- Copy of Individualized Education Plan (IEP) or 504 Plan (if applicable)
- Copy of most recent special education eligibility testing (if applicable)

We ask that you complete the questionnaires and provide us with any other information as soon as possible as we are unable to begin the student's evaluation without it. Your time and cooperation in this matter are greatly appreciated.

You may give the completed questionnaires and other information directly to your student's parent or guardian for them to return to us. If the parent/guardian has signed a release of information, you may return the questionnaire directly to us at:

Oregon Health & Science University
Attention: CDRC
PO Box 574
Portland OR 97207-0574
Fax: 503-494-4447
email: cdrcnorthunit@ohsu.edu



BRIEF TEACHER BEHAVIORAL QUESTIONNAIRE

**Institute on Development
and Disability (IDD)**

Child Development and
Rehabilitation Center

Teacher's name: _____

School Name: _____

School Phone Number: _____

Today's Date: _____

tel 503-346-0640

877-346-0640

fax 503-494-4447

cdrcnorthunit@ohsu.edu

Mail code: CDRC

PO Box 574

Portland, OR 97207-0574

Child's Name: _____ Date of birth: _____

What are this student's biggest strengths as a student and classmate?

Do you have any concerns about the student's behavior? If yes, please briefly describe.

Does the student's behavior interfere with their academics? If yes, please briefly describe.

How does the student interact with his/her peers? (Does his/her behavior get in the way?)

Do you have any other concerns about the student?

What do you think this student needs to be successful in an educational environment?

Does the student receive any extra services at school? (i.e., IEP, 504 plan or other) If yes, please briefly describe.

Has the student had any previous testing done at school? If yes, please briefly summarize or provide copies of the results.

Please feel free to use additional sheets, if necessary.

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

Teacher's Name: _____ Class Time: _____ Class Name/Period: _____

Today's Date: _____ Child's Name: _____ Grade Level: _____

Directions: Each rating should be considered in the context of what is appropriate for the age of the child you are rating and should reflect that child's behavior since the beginning of the school year. Please indicate the number of weeks or months you have been able to evaluate the behaviors: _____.

Is this evaluation based on a time when the child was on medication was not on medication not sure?

Symptoms	Never	Occasionally	Often	Very Often
1. Fails to give attention to details or makes careless mistakes in schoolwork	0	1	2	3
2. Has difficulty sustaining attention to tasks or activities	0	1	2	3
3. Does not seem to listen when spoken to directly	0	1	2	3
4. Does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork (not due to oppositional behavior or failure to understand)	0	1	2	3
5. Has difficulty organizing tasks and activities	0	1	2	3
6. Avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort	0	1	2	3
7. Loses things necessary for tasks or activities (school assignments, pencils, or books)	0	1	2	3
8. Is easily distracted by extraneous stimuli	0	1	2	3
9. Is forgetful in daily activities	0	1	2	3
10. Fidgets with hands or feet or squirms in seat	0	1	2	3
11. Leaves seat in classroom or in other situations in which remaining seated is expected	0	1	2	3
12. Runs about or climbs excessively in situations in which remaining seated is expected	0	1	2	3
13. Has difficulty playing or engaging in leisure activities quietly	0	1	2	3
14. Is "on the go" or often acts as if "driven by a motor"	0	1	2	3
15. Talks excessively	0	1	2	3
16. Blurts out answers before questions have been completed	0	1	2	3
17. Has difficulty waiting in line	0	1	2	3
18. Interrupts or intrudes on others (eg, butts into conversations/games)	0	1	2	3
19. Loses temper	0	1	2	3
20. Actively defies or refuses to comply with adult's requests or rules	0	1	2	3
21. Is angry or resentful	0	1	2	3
22. Is spiteful and vindictive	0	1	2	3
23. Bullies, threatens, or intimidates others	0	1	2	3
24. Initiates physical fights	0	1	2	3
25. Lies to obtain goods for favors or to avoid obligations (eg, "cons" others)	0	1	2	3
26. Is physically cruel to people	0	1	2	3
27. Has stolen items of nontrivial value	0	1	2	3
28. Deliberately destroys others' property	0	1	2	3
29. Is fearful, anxious, or worried	0	1	2	3
30. Is self-conscious or easily embarrassed	0	1	2	3
31. Is afraid to try new things for fear of making mistakes	0	1	2	3

The recommendations in this publication do not indicate an exclusive course of treatment or serve as a standard of medical care. Variations, taking into account individual circumstances, may be appropriate.

Copyright ©2002 American Academy of Pediatrics and National Initiative for Children's Healthcare Quality

Adapted from the Vanderbilt Rating Scales developed by Mark L. Wolraich, MD.

Revised - 0303

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

NICHQ

National Initiative for Children's Healthcare Quality

McNeil
Consumer & Specialty Pharmaceuticals

HE0351

Teacher's Name: _____ Class Time: _____ Class Name/Period: _____

Today's Date: _____ Child's Name: _____ Grade Level: _____

Symptoms (continued)	Never	Occasionally	Often	Very Often
32. Feels worthless or inferior	0	1	2	3
33. Blames self for problems; feels guilty	0	1	2	3
34. Feels lonely, unwanted, or unloved; complains that "no one loves him or her"	0	1	2	3
35. Is sad, unhappy, or depressed	0	1	2	3

Performance	Excellent	Above Average	Average	Somewhat of a Problem	Problematic
Academic Performance					
36. Reading	1	2	3	4	5
37. Mathematics	1	2	3	4	5
38. Written expression	1	2	3	4	5

Classroom Behavioral Performance	Excellent	Above Average	Average	Somewhat of a Problem	Problematic
39. Relationship with peers	1	2	3	4	5
40. Following directions	1	2	3	4	5
41. Disrupting class	1	2	3	4	5
42. Assignment completion	1	2	3	4	5
43. Organizational skills	1	2	3	4	5

Comments:

Please return this form to: _____

Mailing address: _____

Fax number: _____

For Office Use Only

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 1–9: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 10–18: _____

Total Symptom Score for questions 1–18: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 19–28: _____

Total number of questions scored 2 or 3 in questions 29–35: _____

Total number of questions scored 4 or 5 in questions 36–43: _____

Average Performance Score: _____

American Academy
of Pediatrics



DEDICATED TO THE HEALTH OF ALL CHILDREN™

11-20/rev0303

NICHQ

National Initiative for Children's Healthcare Quality

