أداة التقييم (أ) المستفيدين القابلين للدمج المجتمعي  
( أداة تقيم ذوي الإعاقة + أداة التقييم الأسري)

القسم الاول: أداة تقييم ذوي الإعاقة

* اسم الحالة الرباعي: .................................................رقم الهوية الوطنية ............................رقم المستفيد:.............
* تاريخ الميلاد:................................................
* الجنس: ذكر أنثى
* اسم المركز: ...........................................
* تاريخ الالتحاق بالمركز: ...............................................
* العمر عند دخول المركز: ..............................................
* النظام الملحق به: (الرجاء اختيار خيار واحد فقط)
  + نظام رعاية للتأهيل الاجتماعي
  + نظام رعاية للأيتام
  + لم يلحق بأي نظام
* التشخيص / الإعاقة الأساسية (الرجاء تحديد أكثر من خيار إذا وجد)
  + عقلية
  + سمعية
  + طريح فراش
  + جسدية
  + بصرية
  + النطق والتخاطب
  + أخرى اذكر:
* يوجد تقرير طبي للحالة: (ارفاق)
  + نعم
  + لا
* يوجد تقرير نفسي للحالة: (ارفاق)
  + نعم
  + لا

**الخدمات التي تتلقاها الحالة في المركز**

**أولا: الخدمات الاجتماعية / التأهيلية:**

* نعم يتلقى خدمات
  + اذا نعم، الخدمة هي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + كم مرة في الاسبوع: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* لا يتلقى خدمات

**ثانيا: خدمات المتابعة الاجتماعية**

* متابعة المستفيد بالوحدة
  + نعم
  + لا
  + نوعا ما ، وضح: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* توفير احتياجات المستفيد الشخصية
  + نعم ، ماهي :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + لا
  + نوعا ما ، وضح: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* توفير كسوة المستفيد
  + نعم
  + لا
  + نوعا ما ، وضح: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* متابعة وجبات المستفيد
  + نعم
  + لا
  + نوعا ما ، وضح: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* مدى استقرار المستفيد بالوحدة
  + نعم
  + لا
  + نوعا ما ، وضح: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ثالثا: خدمات الارشاد الاسري**

* هل المستفيد ملحق بقسم الارشاد
  + نعم
  + لا
* هل تم وضع خطة للمستفيد واسرته
  + نعم
  + لا
* كم مدة الخطة
  + \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* مدى تعاون الاسرة للخطة الارشادية
  + غير متعاونة جدا
  + غير متعاونة
  + نوعا ما متعاونة
  + متعاونة
  + متعاونة جدا
* هل نفذت ورش عمل للمستفيد واسرته
  + نعم
    - * تاريخ اخر ورشة عمل: --------------------
      * عنوان اخر ورشة عمل: -------------------
  + لا
* مدى جاهزية المستفيد لدمج
  + غير جاهز تماما ،
  + جاهز الى حد ما
  + جاهز
  + جاهز تماما

في حال تمت الإجابة بغير جاهز امل ذكر الأسباب.........................................

**رابعا: الخدمات المساندة الصحية التأهيلية**

* العلاج الطبيعي:
  + نعم
    - اذا نعم، هي :-----------------------------\_
    - كم مره في الاسبوع :---------------------
  + لا
* العلاج الوظيفي:
  + نعم
    - اذا نعم، هي :-----------------------------\_
    - كم مره في الاسبوع:---------------------
  + لا
* الخدمات النفسية:
  + نعم
    - اذا نعم، هي: -----------------------------
    - كم مره في الاسبوع: ---------------------
  + لا
* خدمات اللغة والتخاطب:
  + نعم
    - اذا نعم، هي :-----------------------------\_
    - كم مره في الاسبوع :---------------------
  + لا
* خدمات تعديل السلوك:
  + نعم
    - تاريخ بداية الخدمة :-----------------
    - كم مره في الاسبوع:---------------------
  + لا

التاريخ النمائي: منذ الولادة وحتى القبول بالمركز

**(يتم الإجابة على هذا القسم اذا توفر المعلومات من ملف المستفيد او من الأسرة)**

* **فترة حمل المستفيد** 
  + **طبيعية**
  + **غير طبيعية، السبب: ----------------------------------------------------------------------------------------**
* **مدة فترة الحمل:**
  + **9 أشهر**
  + **ولادة مبكره، في الشهر: ------------------------------------------------------------------------------------**
* **نوع ولادة المستفيد:** 
  + **ولادة طبيعية**
  + **ولادة قيصرية**
* **عمر المستفيد في بداية المشي:** 
  + **--------------------------**
* **عمر المستفيد في بداية الكلام:** 
  + **------------------------------**

**التقييم الطبي للمستفيد**

* سبب الإعاقة
  + وراثي
  + خلقي
  + مرضي
  + حادث
  + أخرى : ...................................................................................................................................
* التاريخ المرضي
  + هل يوجد سجل (ملف) صحي :  مركز صحي  مستشفى  عيادات تخصصية
    - رقم الملف: ........................................................
    - أسم المنشأة: ...................................................................
    - المنطقة : ............................................
  + هل تعرض للحمى والحرارة في الطفولة:
    - نعم -اذا نعم كم العمر: ..........................................................................................
    - لا
  + هل خضعت الحالة الى اي عملية جراحية:
    - نعم -اذا نعم ماهي: ...................................................................................................
    - لا
  + هل كانت الحالة تنوم في المستشفى قبل دخول المركز:
    - نعم اذا نعم لماذا: ..............................................................................................
    - لا
  + هل لدى الحالة حساسية لأدوية :
    - نعم -اذا نعم ماهي: ..................................................................................................
    - لا
  + هل تستخدم الحالة ادويه منتظمة :
    - نعم اذا نعم ، املاء الجدول بالأسفل
    - لا

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| MEDICATION اسم الدواء | DOSEالجرعة | ROUTEطريقة الاعطاء | FREQUENCYعدد المرات |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* التغذية :
  + طبيعي
  + تغذية أنبوبية
  + NG
  + PEG
  + على حمية غذائية، وضح:........................................................................................................
* نوع الغذاء:
  + طبيعي
  + سائل
  + مخلوط
* مشاكل في البلع
* نعم اذا نعم ماهي: ....................................................................................................................
* لا

**المشاكل الصحية المصاحبة**

* صرع
  + متحكم به
  + غير متحكم به (مستعصي)
  + لا يوجد
* سكري بالدم
  + معتمد على الأنسولين
  + غير معتمد على الأنسولين
  + لا يوجد
* ارتفاع ضغط الدم
  + نعم
  + لا
* ربو شعبي
  + على علاج منتظم
  + عند اللزوم
  + لا يوجد
* قصور تنفسي
  + معتمد على الأكسجين بصورة دائمة
  + معتمد على الأكسجين بصورة مؤقتة
  + لا يوجد
* التهابات متكررة في
  + الصدر
  + المسالك البولية
  + أخرى : ...................................................................................
* هشاشة بالعظام
  + نعم
  + لا
  + كسور سابقة
* أمراض معدية (تقرير طبي)
  + نعم يعاني من مرض معدي: وضح ............................................................................
  + لا يعاني
* أمراض القلب
  + نعم يعاني من مرض القلب : وضح .............................................................................
  + لا يعاني
* وصلة استسقاء دماغية
  + نعم
  + لا

**التقييم النفسي للمستفيد**

**أولا: اضطرابات نفسية مثبتة بتقرير نفسي**

* + نعم . وضح : ...................................................................................
  + لا

**ثانيا: هل لدى الحالة إعاقة عقلية**

* + نعم، ماهي:
  + إعاقة بسيطة Mild disability (IQ 50 to 69)
  + إعاقة متوسطة Moderate disability (IQ 35-49)
  + إعاقة شديدة (IQ 20-34) Severe disability
  + إعاقة عميقة (IQ < 20) Profound disability
  + لا ، ليس لدى المستفيد إعاقة عقلية

**ثالثا: الاختبارات والمقاييس التشخيصية للمستفيد**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |
| **اسم المقياس** | **التاريخ** | **الدرجة** | **الدلالة** | **ملاحظات الفحص** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

رابعا: الاضطرابات السلوكية :

* + **سليم**
  + **حركات نمطية لا ارادية**
  + **حركة مفرطة**
  + **صعوبة في التواصل مع الاخرين**
  + **سلوكيات جنسية**
  + **الهروب**
  + **محاولة الانتحار**
  + **سلوك عدواني، حدد:** 
    - **تجاه الذات**
    - **تجاه الاخريين**
    - **تجاه الممتلكات**
  + **اضطراب سلوكي اخر يذكر: .......................................................................................................................**

الجوانب السلوكية

* **هل المستفيد سريع الغضب:**
  + **نعم، متى يغضب:.....................................................................................................**
  + **لا**
* **ما الذي يجعل المستفيد يغضب** 
  + **.............................................................................................................................**
* **كيف يتم تهدئة المستفيد في حال الغضب** 
  + **............................................................................................................................................**
* **كيف تعرف اذا المستفيد منزعج** 
  + **.............................................................................................................................................**

خامسا: الأمراض النفسية

* **سليم**
* **انفصام**
* **اضطراب وجداني ثنائي القطب**
* **اكتئاب**
* **اضطرابات شخصيه**
* **اضطرايات نمائية ، حدد:**
* **أخرى تذكر :**

**سادسا : حالة المستفيد النفسية**

* مستقر بدون العلاج الدوائي
* مستقر مع العلاج الدوائي
* غير مستقر

**سابعا : التدخلات النفسية التأهيلية:**

* + **تدخل دوائي، وضح: ................................................................................................................................**
  + **تدخل سلوكي، وضح: ..............................................................................................................................**

### الإعاقات او الصعوبات البدنية/ الحسية

* هل لدى الحالة إعاقة حركية /جسدية
  + نعم، ماهي:
    - طريح فراش
    - شلل بالأطراف السفلية
    - ضعف بالأطراف السفلية
    - شلل بالأطراف العلوية
    - ضعف بالأطراف العلوية
    - شلل ثلاثي
    - شلل دماغي
  + لا يوجد إعاقة حركيه/ جسدية
* إمكانية التنقل
  + لا توجد صعوبات
  + غير قادر على التنقل كليا
  + يحتاج الى مساعده
* الرؤية:
  + لا توجد صعوبات
  + متأثر/ضعف (العين اليمنى - العين اليسرى)
  + اعمى/ضعف شديد
* السمع:
  + لا توجد صعوبات
  + متأثر/ضعف (الاذن اليمنى - الاذن اليسرى)
  + اصم/ضعف شديد
* التواصل:
  + شفهي
  + الإيماءات تعابير الوجه
  + اشارات خاصة
  + لغة الاشارة
  + اصدار اصوات
  + استخدام الصور
  + اخرى
* لأدوات المساعدة والبديلة: (يرجى اختيار اكثر من خيار اذا امكن)
  + سرير طبي
  + كرسي متحرك
  + مشاية/عكاز
  + جهاز للسمع
  + جهاز اكسجين
  + نظارات
  + استخدام الجوال للتواصل
  + اخرى\_\_\_\_\_\_\_

مهارات الحياة اليومية الاساسية

* الاكل
  + مستقل
  + مع توجيه لفظي \_\_\_\_\_\_
  + مع إيماءات
  + النمذجة والمساعدة البدنية
* الشرب
  + مستقل
  + مع توجيه لفظي
  + مع إيماءات
  + النمذجة والمساعدة البدنية
* ارتداء الملابس
  + مستقل
  + مع توجيه لفظي
  + مع إيماءات
  + النمذجة والمساعدة البدنية
* الاستحمام
  + مستقل
  + مع توجيه لفظي
  + مع إيماءات
  + النمذجة والمساعدة البدنية
* استخدام دورة المياه
  + مستقل
  + مع توجيه لفظي
  + مع إيماءات
  + النمذجة والمساعدة البدنية
* تنظيف الأسنان بالفرشاة
  + مستقل
  + مع توجيه لفظي
  + مع إيماءات
  + النمذجة والمساعدة البدنية

**المهارات المعرفية**

* ادراك الزمان
  + يستطيع
  + لا يستطيع
* ادراك المكان
  + يستطيع
  + لا يستطيع
* التعرف على افراد الأسرة
  + يستطيع
  + لا يستطيع
* التعرف على الممتلكات الخاصة
  + يستطيع
  + لا يستطيع

**المهارات الاجتماعية**

* التعرف على الآداب العامة
  + يستطيع
  + لا يستطيع
* التعبير عن المشاعر
  + يستطيع
  + لا يستطيع
* التفاعل الاجتماعي والمشاركة
  + يستطيع
  + لا يستطيع
* هل تم تقيم المفضلات لدى المستفيد
  + نعم
  + لا
* اذا كان نعم ماهي ابرز المفضلات

التاريخ الدراسي للمستفيد

(يتم الإجابة عليه من قبل الحالات التي سبق لها الالتحاق بالمدرسة ، الرعاية النهارية ، التدريب المهني)

* هل دخلت الحالة المدرسة قبل المركز
  + نعم
  + لا
* المرحلة الدراسية:
  + رياض الاطفال
  + الابتدائية
  + المتوسطة
  + الثانوية
  + تدريب مهني
  + رعاية نهارية
* الصف الدراسي:
* سبب الخروج من المدرسة:
* سبب الدخول إلى مركز التأهيل:
  + اسباب اسرية
  + طبيعة الإعاقة
  + عدم توفر خدمات قرب المنزل
  + اخرى

علم النفس الإيجابي وتنمية المهارات

* صف روتين المستفيد اليومي: ............................................................................................................................
* ما الذي يحب المستفيد أن يفعل؟ ............................................................................................................................
* ما الذي يجعله سعيدة؟ ............................................................................................................................
* نقاط قوه المستفيد الإيجابية ............................................................................................................................
* هل يشارك في الانشطة الاجتماعية خارج المركز:
  + نعم ، ماهي عوامل نجاح المشاركة: ....................................................................................................
  + لا ماهي اسباب عدم مشاركته:...........................................................................................................
* كم مره يشارك في الأنشطة الاجتماعية في الشهر
  + ...........................................................................................................
* نوع الأنشطة:
  + ترفيهي
  + رياضي
  + حرفي
  + تثقيفي
  + فني
  + تطوعي
  + أخرى اذكر

القسم الثاني: أداة التقييم الأسري

معلومات عن افراد الأسرة

المعلومات الأولية لولي الامر الشرعي

**الاسم رباعي:........................................**

**السجل المدني:........................................................................**

**تاريخ الميلاد:........................................ العمر:...............................................................................**

**رقم التواصل (1):.................................. رقم التواصل (2):.......................................................................**

**صلة القرابة:...................................... المستوى التعليمي :............................ التخصص:...........................**

**المعلومات الوظيفي:**

* **يعمل** 
  + **قطاع حكومي**
  + **قطاع خاص**
* **لا يعمل**
  + **يرغب بالعمل**
  + **لا يرغب بالعمل**
* **متقاعد**
  + **التأمينات الاجتماعية**
  + **المؤسسة العامة للتقاعد**
* **متسبب**
  + **ذكر النشاط التجاري : .............................................................................................................**

**الحالة الصحية لولي الامر**

* **جيدة**
* **من ذوي الإعاقة**
  + **نوعها: .......................................................................................................................**
* **امراض مزمنة**
  + **نوعها: .......................................................................................................................**
* **امراض معدية**
  + **نوعها: .......................................................................................................................**

**معلومات أسرة المستفيد**

**هل الأب على قيد الحياة:**

* **نعم**
* **لا، تاريخ الوفاة:.....................................................**

**هل الأم على قيد الحياة:**

* **نعم**
* **لا ، تاريخ الوفاة : .......................................................**

**اسم الام رباعي:**

* **السجل المدني**
* **العمر**
* **رقم التواصل**
* **المستوى التعليمي: ...............................................التخصص :.....................................................**

المعلومات الوظيفي للام ( اذا كانت على قيد الحياة):

* **تعمل** 
  + **قطاع حكومي**
  + **قطاع خاص**
* **لا تعمل**
  + **ترغب بالعمل**
  + **لا ترغب بالعمل**
* **متقاعد**
  + **التأمينات الاجتماعية**
  + **المؤسسة العامة للتقاعد**
* **متسبب**
  + **ذكر النشاط التجاري: .............................................................................................................**
* **الدخل الشهري**
  + **..................................................**
* **هل الاسرة مسجلة بنظام الضمان الاجتماعي** 
  + **لا**
  + **نعم مقدار الضمان .......**

التكوين الاسري ( لكافة افراد الاسرة-جميع الاخوة والاخوات

* الحالة الاجتماعية للوالدين:
  + زواج
  + طلاق
  + وفاة الام
  + وفاة الاب
* عدد الاخوان
  + ...................................................................
* عدد الأخوات
  + ..................................................................
* ترتيب الحالة بين اخوانه
  + ................................................................
* هل يوجد فرد آخر في الأسرة من ذوي الإعاقة:
  + نعم يوجد: العدد \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ نوع الاعاقة \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ العمر\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
  + لا يوجد
* هل تقدم لأخوة الأشخاص ذوي الإعاقة خدمات من الوزارة
  + نعم، اذكرها ...............................................
  + لا

**خلفية الاسرة الاجتماعية**

* المعرفة بطرق التعامل مع المستفيد
  + لديها الخبرة الكافية
  + لديها خبرة قليله
  + ليس معروف
  + لا يوجد لديها خبرة
* التعاون اثناء الحوار مع الاخصائي
  + متعاون جدا
  + متعاون
  + متعاون قليلا
  + غير متعاون
* تقبل الأسرة للمستفيد
  + متقبل جداً
  + متقبل
  + متقبل قليلا
  + غير متقبل
* الحرص على السؤال عن برامج تدريبية المقدمة
  + يسأل بشكل مستمر
  + يسال قليلا
  + يسال أحيانا
  + لا يسال
* مناقشة الخدمات المقدمة مع الاخصائي
  + راضي جدا
  + راضي
  + راضي قليلا
  + غير راضي
* الرغبة بالتعرف على طرق التعامل مع المستفيد
  + لديه الرغبة
  + لديه رغبه لكن يحتاج دعم وتحفيز
  + لا يوجد رغبة
* تعاون الأسرة في كل ما فيه مصلحة للمستفيد
  + متعاونة جدا
  + متعاونة قليلا
  + متعاونة احيانا
  + غير متعاونة
* هل يزور المستفيد اسرته
  + نعم، كل كم تكرر الزيارة: ....................................
    - تاريخ اخر زياره: .............................
  + لا يزورهم، السبب: ..........................................
* هل تزور الأسرة المستفيد في المركز
  + نعم، كل كم تكرر الزيارة: ..................................................
  + تاريخ اخر زيارة داخلية: .......................................................
  + لا تزور الاسرة المستفيد، السبب: ............................................
* **رغبة الاسرة في عودة الحالة الى المنزل** 
  + نعم ترغب والأسرة جاهزة
  + نعم ترغب مع الدعم وتوفير الخدمات المساندة

**معلومات سكن اسرة المستفيد**

**عنوان سكن أسرة المستفيد**

* **المنطقة:** الرياض مكة المكرمة الشرقية، المدينة المنورة، الجوف، حائل، القصيم ،تبوك ،الحدود الشمالية

نجران، جازان، عسير، الباحة

* العنوان الوطني
  + **المدينة :**
  + **الحي :**
  + **الشارع :**
  + **الرمز البريدي :**
  + **الرقم الفرعي :**
  + **رقم المبنى :**
  + **العنوان المختصر:**
* نوع السكن:
  + دي بلوكس
  + فيلا دورين
  + دور أرضي
  + دور علوي
  + شقه
  + غرفة في السطح
  + خيام
  + شينكو
  + لا يوجد سكن
  + بيت شعبي
  + أخرى:
* ملكية السكن
* أجار، الملبغ:....................................
* ملك
* أقساط بنك، المبلغ: .................................
* سكن العمل
* أخرى :
* صلاحية السكن
* صالح
* غير صالح
* يحتاج ترميم كامل
* يحتاج ترميم
* جزئي
* أثاث المنزل
* صالح
* غير صالح
* يحتاج تجديد
* يوجد قطع تشكل خطر

**المدخل:**

* توفر منحدر،في حال وجود عتبات عند المدخل؟
  + نعم
  + لا
* هل المنحدر سهل الاستخدام ؟
  + نعم
  + لا
* هل توجد مسكات جانبية مساعدة للمنحدر؟
  + نعم
  + لا
* هل ارضية المنحدر المستخدمة غير زلقة ؟
  + نعم
  + لا

**الأبواب**:

* هل عرض الباب الرئيسي / الأبواب الداخلية مناسب لدخول الشخص سواء كان مستخدم كرسي متحرك أو لا
  + نعم
  + لا
* هل ارتفاع قبضة الباب في متناول الشخص الجالس على الكرسي المتحرك
  + نعم
  + لا
* هل يمكن للشخص سواء كان مستخدم للكرسي المتحرك أو لا من دفع الباب بسهولة سواء الى الخارج أو الداخل
  + نعم
  + لا

**المساحات الداخلية / قطع الأثاث:**

* هل توجد غرفة نوم خاصة للحالة أو بأقل تقدير سرير خاص به عند الزيارة
  + نعم
  + لا
* هل يحتاج الشخص الى اضافة درابزين مساعدة في الممرات
  + نعم
  + لا
* هل يحتاج الشخص اضافة اي تعزيزات للسلم داخل البيت مثل إضافة درابزين في الجهتين
  + نعم
  + لا
* هل تحتاج الحالة الى اضافة مصعد او مصعد السلم (STAIR LIFT) في حال إذا كان البيت يتكون من أكثر من طابق وكان الشخص لا يستطيع الصعود سواء كان مستخدم للكرسي المتحرك أو لا
  + نعم
  + لا

**في حال وجود مصعد:**

* هل عرض باب المصعد مناسب لدخول الكرسي المتحرك بيسر
  + نعم
  + لا
* هل مساحة غرفة المصعد من الداخل كافية لحركة الكرسي المتحرك ودورانه
  + نعم
  + لا
* هل ارتفاع ازرار التحكم الخارجية في متناول الشخص الجالس على كرسي متحرك
  + نعم
  + لا
* هل ارتفاع ازرار التحكم الداخلية في متناول الشخص الجالس على كرسي متحرك
  + نعم
  + لا
* هل تحتاج الحالة إلى وجود مسكات مساعدة داخل المصعد تساعده على تثبيت نفسه عند الوقوف
  + نعم
  + لا
* هل تحتاج الحالة إلى وجود وصف صوتي في المصعد (في حال إذا كان الشخص من ذوي الإعاقة البصرية)
  + نعم
  + لا

● هل ارتفاع قطع الأثاث مثل طاولة الطعام / طاولة الدراسة / السرير وغيرها في متناول الشخص مستخدم الكرسي المتحرك

* + نعم
  + لا

● هل توجد مساحة كافية لحركة الكرسي المتحرك بيسر بين قطع الأثاث في المنزل مثلا في الصالة أو غرفة النوم الخاصة

* + نعم
  + لا

**دورة الميــاه:**

* حجم دورة المياه كافي لتنقل مستخدم الكرسي المتحرك بين عناصر دورة المياه ؟
  + نعم
  + لا
* ارتفاع المغسلة في متناول الشخص الجالس على الكرسي المتحرك؟ بحيث يستطيع التحكم في فتح صنبور الماء.
  + نعم
  + لا
* هل يوجد فراغ أسفل المغسلة تسمح بدخول الكرسي المتحرك من أسفلها
  + نعم
  + لا
* هل توجد مسكات جانبية مساعدة عند المغسلة والمرحاض
  + نعم
  + لا
* هل ارتفاع المسكات المساعدة مناسب لاستخدامها من قبل الشخص سواء كان مستخدم للكرسي المتحرك او لا
  + نعم
  + لا
* هل تحتاج الحالة إلى تغطية الأرضيات بموانع انزلاق
  + نعم
  + لا
* هل تحتاج الحالة إلى توفير كرسي استحمام متخصص
  + نعم
  + لا
* هل نوع المرحاض الموجود مناسب (لا يفضل استخدام المرحاض العربي)
  + نعم
  + لا

**الأمن والسلامة:**

* اذا المستفيد يضرب نفسه بالجدار، هل يحتاج الى تبطين الجدران أو الحواف الحادة
  + نعم
  + لا
* هل يحتاج المستفيد الى أن يتم إبعاد أو إزالة المواد الخطرة / الأدوات الحادة أو تغطية الأسلاك الكهربائية
  + نعم
  + لا
* اذا كان المستفيد يقوم بالخروج من المنزل من دون علم الأهل، فبتالي من الممكن اضافة قفل للأبواب او كاميرات مراقبة
  + نعم
  + لا
* هل يحتاج المستفيد إلى تغطية زجاج النوافذ
  + نعم
  + لا
* هل يقوم المستفيد بتكسير الأجهزة الكهربائية مثل التلفزيون
  + نعم
  + لا

**الخدمات المتوفرة بالمنطقة**

* الخدمة التعليمية
  + متوفر، نوعه : ..................................................................
  + غير متوفر
* الخدمة الصحية
  + متوفر، نوعه : ..................................................................
  + غير متوفر
* الخدمة الترفيهية
  + متوفر، نوعه : ..................................................................
  + غير متوفر
* الخدمات الاجتماعية
  + متوفر، نوعه : ..................................................................
  + غير متوفر

**توصيات الاخصائي**

|  |  |
| --- | --- |
| نقاط السلبية للاسرة | نقاط القوة للاسرة |
|  |  |

**اسم الاخصائي الذي اكمل الاستمارة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**التخصص: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**توقيع الاخصائي: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**اسم ولي الامر الذي تم زيارته: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**توقيع ولي الامر: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**تاريخ اكمال الاستمارة: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**