**TRIAŻ** – wstępna ocena stanu pacjenta

**Środowiskowe Centrum Zdrowia Psychicznego dla dzieci i młodzieży (tel. 22 592 98 98)**

|  |  |
| --- | --- |
| Data zgłoszenia  Imię i nazwisko osoby przyjmującej zgłoszenie | {{CompletedAt}} |
| Kod | {{WorkerId}} |

|  |  |
| --- | --- |
| Dane pacjenta |  |
| Imię i nazwisko | **{{**PatientName}} |
| Wiek | {{Age}} |
| PESEL | {{PersonalGovNumber}} |
| Miejsce zamieszkania:  Dzielnica, kod pocztowy  Adres: | {{City}}  {{DistrictAndPostal}} |
| Szkoła, przedszkole  Klasa, grupa | {{StreetAndNumbers}}  {{ClassOrGroup}} |
|  |  |
| Dane osoby zgłaszającej  Imiona i nazwiska rodziców/opiekunów prawnych | {{ReporterDetails}}  {{KeeperNames}} |
| Z kim mieszka dziecko  Numer telefonu | {{HomeKeeper}}  {{Phone}} |

|  |
| --- |
| *Proszę opowiedzieć co się dzieje?/ Co Pana/Panią niepokoi w zachowaniu dziecka?*  {{WhatHappened}} |

Skąd się dowiedział Pan/ Pani o programie?

{{HowDidYouGetKnowledgeAboutProgram}}

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Czy dziecko jest pod opieką psychologa lub psychiatry? | {{HasPsychiatristCare}} |
| Czy posiada diagnozę?  Czy przyjmuje na stałe leki? | {{HasADiagnosis}}  {{IsTakingMedication}} |
| Czy występowały myśli samobójcze?  Czy dokonywało samookaleczeń? | {{HasSuicideThoughts}}    {{DidSelfMutilation}} |

|  |  |
| --- | --- |
| *Osoba z niepełnosprawnościami* | {{IsDisabled}} |
| *Osoba bezdomna lub dotknięta wykluczeniem z dostępu do mieszkań* | {{Homeless}} |
| *Osoba należąca do mniejszości narodowej lub etnicznej* | {{Minority}} |