**FORMULARZ OPIS PRZYPADKU PRACY Z PACJENTEM NIEPEŁNOLETNIM**

*UWAGA: Należy opisać pracę z co najmniej z trzema pacjentami, proszę wypełnić co najmniej trzy FORMULARZE OPISU PRZYPADKU. Każdy opis przypadku dotyczy innej sytuacji niepełnoletniego pacjenta pod względem typu zgłaszanego problemu. Ilość znaków, która posłuży do wypełnienia poszczególnych pól nieograniczona*

□ niepełnoletni powracający do systemu oświaty po pobycie w zakładzie leczniczym podmiotu leczniczego w  rozumieniu przepisów o działalności leczniczej, sprawującego całodobową opiekę psychiatryczną

lub odwykową;

□ niepełnoletni z zaburzeniami ogólnorozwojowymi;

□ niepełnoletni z zaburzeniami osobowości lub zaburzeniami zachowania;

□ niepełnoletni z problemem wynikającym z dysfunkcjonalnego środowiska, w którym przebywa.

1. **Dane personalne kandydata**

|  |  |
| --- | --- |
| *Imię i nazwisko* |  |
| *Nr PESEL* |  |
| *Nr telefonu kontaktowego* |  |
| *Adres email* |  |
| *Data złożenia opisu* |  |

**II.**

|  |
| --- |
| **Dane podstawowe dotyczące niepełnoletniego klient i jego rodziny**  **Uwaga:** Opis przypadku należy dostarczyć w formie zanonimizowanej, tj. bez podawania danych osobowych |
|  |

|  |
| --- |
| **Opis głównego problemu rodziny i klienta dotyczącego funkcjonowania w różnych obszarach życia** |
|  |

|  |
| --- |
| **Opis przeprowadzonego przez siebie wywiadu z niepełnoletnim klientem, jego rodziną i innymi osobami ważnymi dla klienta** |
|  |

|  |
| --- |
| **Diagnoza kliniczna lub funkcjonalna (przygotowana przez siebie lub otrzymana od innego specjalisty)** |
|  |

**III.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aspekty** | **Zasoby - mocne strony** | **Deficyty - słabe strony** |
| *Cechy indywidualne* |  |  |
| *Zadania rozwojowe* |  |  |
| *Zainteresowania, aktywności* |  |  |
| *Środowisko rodzinne* |  |  |
| *Rówieśnicy (umiejętności, relacje, przyjaźnie)* |  |  |
| *Szkoła (nauka, nauczyciele)* |  |  |
| *Otoczenie społeczne (organizacje, grupy wsparcia, ważne osoby)* |  |  |

**IV.**

**Propozycje pomocy ze wskazaniem możliwych działań innych specjalistów:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Obszary** | **Problem** | **Proponowane oddziaływania** | **Specjalista** |
| *Funkcjonowanie indywidualne* |  |  |  |
| *Funkcjonowanie rodziny* |  |  |  |
| *Funkcjonowanie społeczne* |  |  |  |

**V.**

|  |
| --- |
| **Plan i opis pomocy – udzielanej osobiście lub możliwej do otrzymania w danym systemie lub środowisku** |
|  |

**VI.**

|  |
| --- |
| **Wnioski i ewaluacja lub omówienie, lub ocena podjętych działań wykonywanych osobiście lub przez innych specjalistów, którzy byli zaangażowani we wsparcie niepełnoletniego klienta.** |
|  |