

الملحق (ن ن ن): نسخة نموذج الإحالة الخاص بالوكالة المستقبلية للحالة

هذه أداة مشار إليها في قسم أدوات إنشاء مسارات الإحالة في الفصل السادس: خدمات الصحة الجنسية والإنجابية للمراهقين والمراهقات وتداخلاتها، وتقدم اللجنة الدائمة بين الوكالات (IASC) نماذج معيارية لإجراء الإحالات لحالات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي (MHPSS) في جميع القطاعات الإنسانية. قامت مجموعة الأدوات بتكييف هذه النماذج لإحالة العملاء من المراهقين والمراهقات إلى خدمات مختلفة بين القطاعات، مثل التغذية، والعنف المبني على النوع الاجتماعي (GBV)، والماء والصرف الصحي والنظافة (WASH)، إلخ. وتشمل هذه النماذج استمارات الوكالة التي تقوم بالإحالة، والعميلة أو العميلة الذي يتلقى أو التي تتلقى الإحالة، والوكالة التي تتلقى طلب الإحالة. هذه الأداة هي على وجه التحديد هي استمارة إحالة للوكالة المستقبلية.

نسخة الوكالة المستقبلية ☐ روتينية ☐ طارئة تاريخ الإحالة (يوم/شهر/سنة): _____

نموذج الإحالة متعدد القطاعات للعملاء من المراهقين والمراهقات

الوكالة المحيلة	
وكالة/منظمة:	بيانات الاتصال:
الهاتف:	البريد الإلكتروني:
المكان:	

الوكالة المستقبلية للحالة	
وكالة/منظمة:	وسيلة الاتصال (إن وجد):
الهاتف:	البريد الإلكتروني:
المكان:	

معلومات العميل المراهق أو العميلة المراهقة	
الاسم:	رقم الهاتف (إن وجد):*
العمر:	العنوان/الموقع (إن وجد):*
النوع الاجتماعي المحدد:	
اللغة:	
ملاحظات: **	

* إذا لم يكن العميل المراهق أو العميلة المراهقة مرتاحين لمشاركة هذه المعلومات، فليس مطلوبًا إكمال الإحالة. استخدم السرية عند طرح الأسئلة واستخدم موارد مجموعة الأدوات للتحدث إلى المراهقين والمراهقات (راجع المبادئ الخمسة لإنشاء جو من الثقة لتقديم المشورة للمراهقين والمراهقات). ** استخدم هذه المساحة لإدراج أي معلومات إضافية ضرورية و/أو مفيدة للوكالة المستقبلية، مثل قدرات العميل المراهق أو العميلة المراهقة التي قد تؤثر على قدرتهما على الوصول إلى خدمات الصحة الجنسية والإنجابية أو الحصول عليها (مثل الإعاقات المعرفية، والإعاقات البدنية، إلخ).

معلومات أساسية/سبب الإحالة: وصف المشكلة، والمدة، والتكرار، إلخ، والخدمات المقدمة مسبقًا	
هل تم إبلاغ العميل المراهق أو العميلة المراهقة بالإحالة؟	هل تمت إحالة العميل المراهق أو العميلة المراهقة إلى أي منظمات أخرى؟
☐ نعم ☐ لا * (إذا كانت الإجابة لا، اشرح أدناه)	☐ نعم * (إذا كانت الإجابة نعم، اشرح أدناه) ☐ لا

* استخدم هذه المساحة إذا لم يوافق العميل أو العميلة على الإحالة بسبب فقدانها للوعي وحاجتها إلى خدمات طارئة لإنقاذ الحياة.

الموافقة على الإحالة وإصدار المعلومات (اقرأ مع العميل المرافق أو العميلة المرافقة وأجب عن أي أسئلة قبل التوقيع أدناه)

أقر أنا، _____ (اسم العميل المرافق أو العميلة المرافقة)، أنني أفهم أن الغرض من الإحالة ومشاركة هذه المعلومات مع _____ (الوكالة المستقبلة) هي سلامتي وللتأكد من أنني ألتقى الخدمات التي أحتاج إليها.

مزود الخدمة _____ (الوكالة المُحيَلة)، فسرت بوضوح إجراء الإحالة إليّ، وقد أدرجت المعلومات الدقيقة التي سيتم مشاركتها. وبالتوقيع على هذا النموذج، أوافق على هذه الإحالة وأسمح بتبادل المعلومات.

توقيع العميل المرافق أو العميلة المرافقة:

التاريخ (اليوم/الشهر/السنة):

إذا كانت القوانين المحلية تقتضي ذلك*، توقيع مزود الرعاية للمرافقين والمرافقات:

التاريخ (اليوم/الشهر/السنة):

*يجب على مزود الخدمة والوكالات المُحيَلة توثيق الموافقة وفقًا للقوانين المحلية. وينبغي الالتزام بالمعايير الدولية لتوثيق الموافقة، في حالة عدم وجود سياسة فيما يتعلق بالموافقة. [ملاحظة: المعايير الدولية لا تتطلب موافقة من شخص بالغ لتلقي الخدمات.] راجع قسمي الخدمات المقدمة في المنشآت وبيانات من أجل العمل بشأن الموافقة والقبول للاطلاع على إرشادات أكثر تفصيلًا.

الخدمات المطلوبة*

☐ الخدمات الصحية العامة	☐ خدمات إدارة المخيمات	☐ خدمات الغذاء والمعيشة
☐ خدمات الصحة الجنسية والإنجابية	☐ خدمات المساعدة النقدية والقسائم	☐ خدمات المساعدة القانونية
☐ الخدمات المعنية بالعنف المبني على النوع الاجتماعي	☐ خدمات حماية الطفل	☐ خدمات الملجأ
☐ خدمات الصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي	☐ خدمات التغذية	☐ خدمات الماء والصرف الصحي والنظافة
☐ خدمات التعليم	☐ خدمات أخرى (يُرجى التوضيح أدناه)	

يُرجى توضيح أي خدمات مطلوبة:

*قد يكون لبعض الإحالات خدمات متداخلة و/أو قد لا تكون متاحة في جميع السياقات. ضع علامة على كل المربعات ذات الصلة.

تفاصيل الإحالة

هل يوفق العميل المرافق أو العميلة المرافقة على اتصالات المتابعة بعد زيارة الإحالة؟ ☐ لا ☐ نعم
إذا كانت الإجابة نعم، ما طريقة التواصل التي يفضلها العميل المرافق؟ (اشرح أدناه)

يتم تسليم الإحالة للعميل المرافق أو العميلة المرافقة عبر:

☐ الهاتف (حالات الطوارئ فقط) ☐ البريد الإلكتروني ☐ إلكترونيًا (مثل التطبيق أو قاعدة البيانات) ☐ شخصيًا

اتصالات المتابعة بين الوكالات المُحيَلة عبر:

☐ الهاتف ☐ البريد الإلكتروني ☐ شخصيًا

حسب التاريخ (اليوم/الشهر/السنة):

توافق وكالات الإحالة على تبادل المعلومات أثناء مكالمات/موعد المتابعة:

٧ اسم المستلم وتوقيعه: _____ تاريخ الاستلام (اليوم/الشهر/السنة): _____

المصدر: نموذج الإحالة بين الوكالات والمذكرة الإرشادية (المجموعة المرجعية للجنة الدائمة المشتركة بين الوكالات للصحة العقلية والدعم النفسي الاجتماعي في الأوضاع الطارئة 2017).