|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| اسم المريض: ............................ تاريخ الميلاد: ..../.../.... تاريخ اليوم: ..../.../.... الرقم: .......   |  | | --- | | **استبيان حول تقييم الجاهزية للانتقال** |   إرشادات للأطفال والبالغين من الشباب: يرجى وضع علامة في الخانة التي تتوافق مع مستوى مهاراتك في الفراغات التي تهمّ الانتقال إلى الخدمة الصحية الخاصة بالبالغين. لا توجد أسئلة تستوجب إجابة بنعم أو لا. ستبقى إجاباتك سرية.  إرشادات لمقدّمي الرعاية/ الأولياء: في حال عدم قدرة طفلكم أو الشاب البالغ على تعبئة الجدول أسفله، يرجى وضع علامة في الخانة التي تتوافق مع مستوى **مهاراتك**. **ضع علامة هنا** إن كنت مقدّم رعاية/ ولي   |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **لا، لا أعرف كيف** | **لا، لكن أريد أن أعرف** | **لا، لكن أتعلّم على فعل هذا** | **نعم، بدأت في فعل هذا** | **نعم، دائما أفعل عند الحاجة** | | التصرف في الأدوية |  |  |  |  |  | | 1. هل تملأ وصفة عندما تحتاج لها؟ |  |  |  |  |  | | 2. هل تعرف ما يجب فعله عند حصول سوء تفاعل في أدويتك؟ |  |  |  |  |  | | 3. هل تتناول الأدوية بنفسك وبالطريقة الصحيحة؟ |  |  |  |  |  | | 4. هل تطلب الأدوية قبل نفاذ كميتها؟ |  |  |  |  |  | | المحافظة على المواعيد |  |  |  |  |  | | 5. هل تتصل بعيادة الطبيب للحصول على موعد؟ |  |  |  |  |  | | 6. هل تقوم بمتابعة أي فحوصات أو كشوفات أو تحاليل؟ |  |  |  |  |  | | 7. هل تتدبّر كيفية النقل لحضور مواعيدك الطبية؟ |  |  |  |  |  | | 8. هل تتصل بالطبيب عند حصول تغيّرات صحية (مثال: تفاعلات حساسية) |  |  |  |  |  | | 9. هل تتقدّم بمطلب تأمين صحي في حال ضياع التغطية الحالية؟ |  |  |  |  |  | | 10. هل تعرف الحالات التي يغطيها تأمينك؟ |  |  |  |  |  | | 11. هل تتدبّر شؤونك المالية والمصاريف المنزلية (مثال: استعمال الشيكات/ البطاقة)؟ |  |  |  |  |  | | متابعة المسائل الصحية |  |  |  |  |  | | 12. هل تقوم بتعبئة نموذج التاريخ المرضي بما فيه قائمة عن الحساسيات لديك؟ |  |  |  |  |  | | 13. هل تحتفظ بروزنامة أو قائمة طبية والمواعيد الطبية الأخرى؟ |  |  |  |  |  | | 14. هل تقوم بإعداد قائمة أسئلة قبل زيارة الطبيب؟ |  |  |  |  |  | | 15. هل تتلقى مساعدة مالية من المدرسة أو العمل؟ |  |  |  |  |  | | مخاطبة مزوّدي الخدمة |  |  |  |  |  | | 16. هل تخبر الطبيب أو الممرض عن ما تشعر به ؟ |  |  |  |  |  | | 17. هل تجيب على الأسئلة التي يطرحها الطبيب أو الممرض أو الطاقم الطبي؟ |  |  |  |  |  | | إدارة الانشطة اليومية |  |  |  |  |  | | 18. هل تساعد في اقتراح أو تحضير الوجبات/ الأكل؟ |  |  |  |  |  | | 19. هل تحافظ على نظافة الغرفة/ البيت أو تقوم بالتنظيف ما بعد الأكل؟ |  |  |  |  |  | | 20. هل تذهب إلى الدكاكين والمصالح التي في الجوار (مثال: دكان أو صيدلية)؟ |  |  |  |  |  | |

**

Patient’s name: ………………………………… Date of birth: .…/.…/….. Date: .…/.…/….. Number: ………

**Questionnaire regarding the assessment of the readiness to passage**

Instructions for children and young adults: please put a cross in the box which matches your level of skill in the areas concerning passing to the adults’ health service. There no “Yes or No” questions. Your answers will remain secret.

Instructions for care providers/parents: in case your child or young adult is unable to fill in the table below, please put a cross in the box which matches **your level of skill**. **Put a cross here** if you are a care provider/parent

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **No, I don’t know how** | **No, but I want to know** | **No, but I learn how to do this** | **Yes, I started doing this** | **Yes, I always do when required** |
| Drug management |  |  |  |  |  |
| 1. Do you fill the prescription when you need it? |  |  |  |  |  |
| 2. Do you know what to do when a bad interaction of your medicines occurs? |  |  |  |  |  |
| 3. Do you administer your medicines by yourself and properly? |  |  |  |  |  |
| 4. Do you order the medicines before their quantity is over? |  |  |  |  |  |
| Adherence to appointments |  |  |  |  |  |
| 5. Do you call the doctor’s office to make an appointment? |  |  |  |  |  |
| 6. Do you follow any examination, check or analysis? |  |  |  |  |  |
| 7. Do you manage to get means of transport to attend your medical appointments ? |  |  |  |  |  |
| 8. Do you call the doctor when health changes occur (e.g. allergic reactions) ? |  |  |  |  |  |
| 9. Do you apply for a health insurance in case of loss of the current coverage? |  |  |  |  |  |
| 10. Do you know the cases covered by your insurance? |  |  |  |  |  |
| 11. Do you manage with your financial affairs and household costs (e.g. using cheques/card)? |  |  |  |  |  |
| Following up health issues |  |  |  |  |  |
| 12. Do you fill in the health history form including the list of your allergies? |  |  |  |  |  |
| 13. Do you keep a schedule or medical calendar and other medical appointments? |  |  |  |  |  |
| 14. Do you prepare a list of questions before visiting the doctor? |  |  |  |  |  |
| 15. Do you get a financial support from school or work? |  |  |  |  |  |
| Communicating with service providers |  |  |  |  |  |
| 16. Do you tell the doctor or nurse about what you feel? |  |  |  |  |  |
| 17. Do you answer the questions asked by the doctor, nurse or medical staff? |  |  |  |  |  |
| Managing day-to-day activities |  |  |  |  |  |
| 18. Do you help in suggesting or preparing meals/food? |  |  |  |  |  |
| 19. Do you maintain the cleanness of the room/house or clean out after eating? |  |  |  |  |  |
| 20. Do you go to the neighbouring stores or facilities (e.g. store or pharmacy)? |  |  |  |  |  |

Certified true translation from Arabic of the presented document

Mr. Ahmed Mustapha – Sworn Translator