

**Mẫu 02**

**THU THẬP THÔNG TIN VÀ NHU CẦU CẦN TRỢ GIÚP CỦA TRẺ EM BỊ ẢNH HƯỞNG BỞI HIV/AIDS TẠI CÁC CƠ SỞ TRỢ GIÚP XÃ HỘI.**

*(Kèm theo Thông tư số 09/2018/TT-BLĐTBXH ngày 28 tháng 8 năm 2018 của Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội hướng dẫn quy trình trợ giúp trẻ em bị ảnh hưởng bởi HIV/AIDS)*

**PHẦN 1: THÔNG TIN CƠ BẢN VỀ TRẺ EM**

Họ và tên trẻ em: \_\_\_\_\_

Giới tính:            1. Nam                      2. Nữ                      Ngày sinh: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tình trạng của trẻ em:

- |                             |                               |
|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Trẻ em nhiễm HIV/AIDS    | 4. Trẻ em không nơi nương tựa |
| 2. Trẻ em mồ côi do AIDS    | 5. Trẻ em khuyết tật          |
| 3. Trẻ em mồ côi, bị bỏ rơi |                               |

Cơ sở cung cấp dịch vụ bảo vệ trẻ em/Cơ sở trợ giúp xã hội:

Địa chỉ: phường/xã/thị trấn: \_\_\_\_\_ quận/huyện/tp: \_\_\_\_\_

\*Người thân có quan hệ với trẻ em hiện sống tại Cơ sở trợ giúp xã hội:

1. Anh/ chị/ em (ghi rõ): \_\_\_\_\_

2. Khác (ghi rõ): \_\_\_\_\_

**PHẦN 2: ĐÁNH GIÁ NHU CẦU CẦN TRỢ GIÚP CỦA TRẺ EM**

**DINH DƯỠNG**

Cân nặng: .....Kg                      Chiều cao: .....cm

Trẻ em được theo dõi cân nặng hàng tháng:

1. Có
2. Không
3. Khác: \_\_\_\_\_

Trẻ em có bảng tăng trưởng (dưới 5 tuổi):

1. Có

2. Không

Hàng ngày trẻ em được ăn mấy bữa: \_\_\_\_\_ bữa/ngày.

Trẻ em dưới 5 tuổi có khẩu phần ăn riêng:

1. Có

2. Không

***Trẻ em sinh ra từ mẹ có HIV:***

1. Bú mẹ hoàn toàn

2. Không bú mẹ

3. Bú lẫn (sữa mẹ + sữa/thức ăn ngoài)

***Đánh giá***

a. Đủ thức ăn:

1. Đủ

2. Thiếu

b. Dinh dưỡng và phát triển:

1. Đủ dinh dưỡng

2. Suy dinh dưỡng

***Xác định vấn đề/nhu cầu:*** \_\_\_\_\_

***Dự kiến kế hoạch hỗ trợ:*** \_\_\_\_\_

**SỨC KHỎE VÀ CHĂM SÓC Y TẾ**

Tiêm chủng (đối với trẻ em dưới 2 tuổi)

Trẻ em được tiêm chủng đúng lịch:

1. Đúng lịch

2. Không đúng lịch

3. Không nhớ/không biết

Trẻ em được tiêm chủng đủ:

1. Đủ

2. Không đủ

3. Không nhớ/không biết

Trẻ em có thể bảo hiểm y tế không

1. Có

2. Không (*ghi lý do*)

Hiện nay có ốm hoặc biểu hiện bất thường về sức khỏe:

1. Có (*ghi rõ dưới đây*)

2. Không

Nếu có là bệnh gì? \_\_\_\_\_

Trẻ em có được khám chữa bệnh không:

1. Có

2. Không (*ghi lý do*)

Nếu không vì sao: \_\_\_\_\_

***Trẻ em sinh ra từ mẹ có HIV (mà chưa xác định trẻ em có nhiễm HIV hay không):***

*Lý do chưa xác định:*

1. Dưới 18 tháng

2. Xét nghiệm chưa có kết quả

3. Chưa xét nghiệm

*Lý do chưa xét nghiệm:* \_\_\_\_\_

*Đã đăng ký phòng khám HIV:*

1. Chưa

2. Đã đăng ký tại phòng khám:

***Trẻ em nhiễm HIV:***

*Đăng ký tại phòng khám HIV:*

1. Chưa

2. Đã đăng ký tại: \_\_\_\_\_

Nếu chưa vì sao: \_\_\_\_\_

*Trẻ em có được điều trị đầy đủ không :*

1. Có

2. Không

Nếu không vì sao: \_\_\_\_\_

**Đánh giá:**

a. Tình trạng sức khỏe:

1. Tốt

2. Bình thường

3. Không tốt

b. Được khám chữa bệnh khi bị ốm:

1. Có

2. Không.

**Xác định vấn đề/nhu cầu:** \_\_\_\_\_

**Dự kiến kế hoạch hỗ trợ:** \_\_\_\_\_

**GIÁO DỤC, ĐÀO TẠO NGHỀ**

Trẻ hiện đi học:

1. Có tại trường: \_\_\_\_\_ Lớp: \_\_\_\_\_

2. Không (lý do): \_\_\_\_\_

Trẻ em hiện đi học đều:

1. Có

2. Không, vì: \_\_\_\_\_

Đồ dùng học tập (sách bút, đồng phục...):

1. Đủ

2. Không đủ:

Đóng học phí:

1. Có kinh phí đóng học

2. Có đóng học được nhưng cần hỗ trợ

3. Không có kinh phí đóng học phí.

Trẻ em có bảo hiểm y tế học đường:

1. Có

2. Không

Nếu không vì sao \_\_\_\_\_

Kết quả học tập:

1. Khá, giỏi

2. Trung bình

3. Kém

Trẻ em được đối xử bình thường như các trẻ khác ở trường:

1. Có

2. Không (*ghi rõ*) \_\_\_\_\_

Trẻ em có nguy cơ bỏ học

1. Có

2. Không

3. Không rõ

Nếu trẻ em đã nghỉ học dưới 15 tuổi có nhu cầu đi học lại:

1. Có

2. Không

Nếu trẻ em nghỉ học trên 15 tuổi có nhu cầu học nghề:

1. Có (Nghề .....)

2. Không

***Đánh giá***

Trẻ em được đi học:

1. Có

2. Đi học không đều

3. Không

Đồ dùng học tập:

1. Đầy đủ

2. Không đầy đủ.

Kinh phí đóng học:

1. Có

2. Không đủ

***Xác định vấn đề/nhu cầu*** \_\_\_\_\_

***Dự kiến kế hoạch hỗ trợ*** \_\_\_\_\_

**ĐIỀU KIỆN NUÔI DƯỠNG**

1. Người thân của trẻ em tại cơ sở

1.1. Anh/chị/em ruột:

1. Có

2. Không có

1.2. Họ tên: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_ Quan hệ với trẻ: \_\_\_\_\_

1.3. Họ tên: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_ Quan hệ với trẻ: \_\_\_\_\_

2. Người thân trẻ em tại cộng đồng

2.1 .Bố/mẹ/ông/bà/cô/dì/chú bác

2.2. Họ tên: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_ Quan hệ với trẻ: \_\_\_\_\_

2.3. Họ tên: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_ Quan hệ với trẻ: \_\_\_\_\_

2.4. Họ tên: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_ Quan hệ với trẻ: \_\_\_\_\_

2.5. Họ tên: \_\_\_\_\_ Tuổi: \_\_\_\_\_ Quan hệ với trẻ: \_\_\_\_\_

2. Điều kiện để trẻ em được chuyển về chăm sóc tại cộng đồng:

***Xác định vấn đề/nhu cầu về chuyển trẻ em về chăm sóc thay thế tại cộng đồng:***

***Dự kiến kế hoạch hỗ trợ:*** \_\_\_\_\_

## **TÂM LÝ VÀ GIAO TIẾP XÃ HỘI**

Trẻ em có biểu hiện bất thường về tâm lý:

1. Có (*ghi rõ*):.....

2. Không

Biểu hiện tinh thần:

1. Vui vẻ

2. Buồn

3. Lo lắng

Điều gì làm cháu buồn hay lo lắng? \_\_\_\_\_

Sự kiện gây ảnh hưởng đến tâm lý trẻ em gần đây: \_\_\_\_\_

Trẻ em chơi với bạn cùng lứa tuổi:

1. Thường xuyên

2. thỉnh thoảng

3. Hiếm khi

Người thường xuyên trò chuyện và chơi với trẻ em:

1. Bố mẹ

2. Ông bà

3. Anh/chị em

4. Bạn bè

5. Không trò chuyện với ai

Nếu không trò chuyện với ai vì sao ? .....

***Đánh giá***

Có biểu hiện bất thường về tâm lý:

1. Có

2. Không

Trạng thái cảm xúc:

1. Tốt

2. Không tốt

Hành vi/ Giao tiếp xã hội:

1. Bình thường

2. Không bình thường

***Xác định vấn đề/nhu cầu*** \_\_\_\_\_

***Dự kiến kế hoạch hỗ trợ:*** \_\_\_\_\_

**ĐIỀU KIỆN BẢO VỆ VÀ HỖ TRỢ PHÁP LÝ**

Biểu hiện trẻ em bị xâm hại về thân thể hoặc tinh thần (quan sát/hỏi):

1. Có (*ghi rõ*) .....

2. Không

Trẻ em được đối xử như với trẻ khác tại cơ sở (quan sát):

1. Có

2. Không (*ghi rõ*) .....

3. Không rõ

Nếu không vì sao: .....

Được đối xử như với các trẻ em khác trong cộng đồng:

1. Có

2. Không (*ghi rõ dưới đây*)

3. Không rõ

Nếu không vì sao: .....

Trẻ em có người lớn bảo vệ về mặt pháp lý không?

1. Có

2. Không

**Xác định vấn đề/nhu cầu:** .....

**Dự kiến kế hoạch hỗ trợ:** .....

### **Phần 3: KHUYẾN NGHỊ CỦA NGƯỜI QUẢN LÝ VÀ TRỢ GIÚP**

**Các nhu cầu cần hỗ trợ: (Sắp xếp và ghi rõ theo thứ tự ưu tiên)**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

....., ngày      tháng      năm  
Người quản lý trường hợp  
(Ký, ghi rõ họ tên)