

Vaikų raidos sutrikimų ankstyvosios
reabilitacijos paslaugų teikimo ir jų išlaidų
apmokėjimo tvarkos aprašo
5 priedas

(Tipinio individualaus ankstyvosios reabilitacijos plano forma)

Įstaigos pavadinimas

INDIVIDUALUS ANKSTYVOSIOS REABILITACIJOS PLANAS

Sudarymo data

Vaiko vardas, pavardė

Gimimo data

Amžius (mėn.) Lig. ist. Nr.

Ankstyvosios reabilitacijos komanda

Specialybė, vardas, pavardė

Specialybė, vardas, pavardė

Specialybė, vardas, pavardė

Specialybė, vardas, pavardė

Specialistų komandos pasitarime dalyvavo: _____
Įstatyminių atstovų vardai, pavardės

Plano tipas: ☐ pirminis ☐ tęstinis ☐ kita (įrašyti) _____

Sekanti plano peržiūra: ☐ po 6 mėn. ☐ po 1 m.

Pagrindinės vaiko ir šeimos problemos / poreikiai:

1.

2.

3.

KLINIKINĖ DIAGNOZĖ

**PAGALBOS VAIKUI IR ŠEIMAI FUNKCINIAI TIKSLAI ATSIŽVELGIANT Į
PAGRINDINES VAIKO IR ŠEIMOS PROBLEMAS IR POREIKIUS**

1. TIKSLAS : 	Specialistų ir šeimos uždaviniai: 1. 2. 3. 4. Pasiiekimų vertinimas: Tikslo pasiekimą vertins šeima ir _____ Kaip bus vertinamas tikslo pasiekimas ☐ stebėjimas ☐ šeimos atsiliepimai ☐ vertinimo priemonė _____
2. TIKSLAS 	Specialistų ir šeimos uždaviniai: 1. 2. 3. 4. Pasiiekimų vertinimas: Tikslo pasiekimą vertins šeima ir _____ Kaip bus vertinamas tikslo pasiekimas ☐ stebėjimas ☐ šeimos atsiliepimai ☐ vertinimo priemonė _____
3. TIKSLAS 	Specialistų ir šeimos uždaviniai: 1. 2. 3. 4. Pasiiekimų vertinimas: Tikslo pasiekimą vertins šeima ir _____ Kaip bus vertinamas tikslo pasiekimas ☐ stebėjimas ☐ šeimos atsiliepimai ☐ vertinimo priemonė _____

PASLAUGOS

Paslauga	Trukmė / intensyvumas	Pastabos
Ankstyvosios reabilitacijos dienos stacionaras	<i>10 d. kursas 2 k./metus 2k./sav. x 8 sav.</i>	
Išplėstinė specialistų komandos konsultacija	<i>Pvz., po 3 mėn.</i>	
Ugdymo įstaiga	<i>Kasdien</i>	<i>Būtina švietimo pagalbos specialistų pagalba</i>
Sanatorinis gydymas	<i>Pvz., 1 k./metus</i>	
Ankstyvosios reabilitacijos stacionaras	<i>Pvz., pagal poreikį</i>	
Socialinės paslaugos	<i>Nurodomos konkrečios paslaugos pagal poreikį</i>	

Įstatyminis vaiko atstovas_____
*Vardas, pavardė, ryšys su vaiku, parašas***Gyd. gydytojas**_____
Vardas, pavardė, parašas