

أداة فحص الشباب لخدمات الصحة العقلية Medi-Cal

أداة فحص الشباب لخدمات الصحة العقلية Medi-Cal هي ضرورية عندما يتصل فرد يقل عمره عن 21 عامًا، أو شخصًا نيابة عن فرد يقل عمره عن 21 عامًا، والذي لا يتلقى حاليًا خدمات الصحة العقلية، بخطة الرعاية المُدارة من Medi-Cal أو خطة الصحة العقلية للمقاطعة للحصول على خدمات الصحة العقلية. تحدد هذه الأداة ما إذا كان يجب إحالة الفرد إلى نظام توصيل خطة الرعاية المُدارة أو إلى نظام توصيل خطة الصحة العقلية لإجراء تقييم سريري وتضمن وصول الأفراد في الوقت المناسب إلى نظام تقديم الصحة العقلية المناسب. لا يلزم استخدام أداة فحص الشباب لخدمات الصحة العقلية Medi-Cal عندما يتصل الأفراد بمقدمي خدمات الصحة العقلية مباشرةً للحصول على خدمات الصحة العقلية.¹

التعليمات:

1. يوجد إصداران من أداة فحص الشباب لخدمات الصحة العقلية Medi-Cal:
 - يتم استخدام إصدار واحد من الأداة عندما يقوم الشاب بالرد نيابة عن نفسه: أداة فحص الشباب لخدمات الصحة العقلية Medi-Cal: المجيب الشاب.
 - يتم استخدام إصدار واحد من الأداة عندما يقوم شخص ما بالرد نيابة عن الشاب: أداة فحص الشباب لخدمات الصحة العقلية Medi-Cal: المجيب نيابة عن الشاب.
2. تحدد إجابة سؤال الفحص 2 إصدار الأداة المستخدمة.
3. يتم فقط السؤال الذي يتم الإجابة عليه بـ "نعم" أو "لا". لا يتم تنقيط أي سؤال.
4. يحتوي كل سؤال تم تنقيطه على عدد محدد من النقاط للإجابة المحددة. لا يمكن أن يكون عدد النقاط لكل سؤال أكثر أو أقل مما هو موجود في ورقة النتيجة.
5. حدد / علم الرقم في عمود "نعم" أو "لا" بناءً على الرد المقدم.
6. إذا كان الشاب، أو الشخص الذي يجيب نيابة عنه، غير قادر أو اختار عدم الإجابة على سؤال، فتخطى السؤال وامنحه نقطة "0".

¹ كما هو موضح في APL 22-028 و BHIN 22-065، يجب أن تسمح خطة الرعاية المُدارة وخطة الصحة العقلية لمقدمي خدمات الصحة العقلية المتعاقدين الذين يتم الاتصال بهم مباشرةً من قبل الأفراد الذين يبحثون عن خدمات الصحة العقلية لبدء عملية التقييم وتقديم الخدمات خلال فترة التقييم دون استخدام أدوات الفحص، بما يتوافق مع سياسة عدم وجود باب خاطئ لخدمات الصحة العقلية الموضحة في [BHIN 22-011](#).

7. إذا كانت الإجابة على السؤال 5 تشير إلى أن الطفل الذي يبلغ من العمر 3 أعوام أو أقل لم يذهب لطبيب أطفال في الأشهر الستة الماضية، أو أن الطفل / الشاب البالغ من العمر 4 أو أكبر لم يرى طبيب أطفال أو طبيب رعاية أولية في العام الماضي، يجب أن يعرض الفاحص توصيله ب خطة الرعاية المدارة الخاص به لزيارة طبيب الأطفال / طبيب الرعاية الأولية بالإضافة إلى إحالة نظام تقديم الصحة العقلية الناتجة عن نتيجة الفحص.²
8. إذا أجاب الشاب، أو الشخص الذي يجيب نيابة عنه، بـ "نعم" على السؤال 6 أو 7 أو 9، فإنه يستوفي معايير خدمات الصحة العقلية المتخصصة وفقاً لـ [BHIN 21-073](#). في هذه الحالات، لا يكون الفحص مطلوباً، ويجب على الفاحص تقديم وتنسيق إحالة للتقييم السريري بواسطة خطة الصحة العقلية. يجب أن يشمل تنسيق الإحالة المتابعة لضمان إتاحة التقييم للفرد. يرجى الرجوع إلى [BHIN 21-073](#) للحصول على تفاصيل إضافية حول معايير خدمات الصحة النفسية المتخصصة وتعريفات المصطلحات الرئيسية.
9. إذا أجاب الشاب، أو الشخص الذي يجيب نيابة عنه، بـ "نعم" على السؤال 19 أو 20 أو 21، يجب على الفاحص أن يعرض وينسق على الفور الإحالة إلى الطبيب لإجراء مزيد من التقييم حول الانتحار و / أو القتل بعد الفحص. يجب أن يشمل تنسيق الإحالة مشاركة أداة فحص الشباب المكتملة لخدمات الصحة العقلية Medi-Cal. قد تؤثر الإحالة والتقييم السريري اللاحق أو لا تؤثر على إحالة نظام تقديم خدمات الصحة العقلية الناتجة عن نتيجة الفحص.
10. إجابة "نعم" على السؤال 17 لا تؤثر على نتيجة الفحص. إذا أجاب الشاب، أو الشخص الذي يجيب نيابة عنه، بـ "نعم" على السؤال 17، يجب على الفاحص تقديم وتنسيق إحالة إلى خطة الصحة السلوكية للمقاطعة لتقييم اضطراب تعاطي المخدرات بالإضافة إلى إحالة نظام تقديم الصحة العقلية الناتجة عن نتيجة الفحص. قد يرفض الفرد هذه الإحالة دون التأثير على إحالة نظام تقديم خدمات الصحة العقلية.
11. بعد توثيق الردود على جميع الأسئلة، يجب إضافة الأرقام المحددة / المعلمة في عمود "نعم" معاً وإدخال هذا العدد الإجمالي في مربع "النتيجة الإجمالية".
- a. يجب إحالة الأفراد الحاصلين على مجموع نقاط من 0 إلى 5 إلى خطة الرعاية المدارة لإجراء تقييم سريري.
- b. يجب إحالة الأفراد الحاصلين على مجموع نقاط 6 وما فوق إلى خطة الصحة العقلية لإجراء تقييم سريري.
12. بعد توليد النتيجة، يجب تنسيق الإحالة.
- a. إذا كانت نتيجة الفرد تتطلب الإحالة في نفس نظام التسليم، فيجب تقديم تقييم سريري في الوقت المناسب وتقديمه.
- b. إذا كانت درجة الفرد تتطلب الإحالة إلى نظام تقديم الصحة العقلية الآخر (أي خطة الرعاية المدارة إلى خطة الصحة العقلية أو خطة الصحة العقلية إلى خطة الرعاية المدارة)، فيجب تنسيق الإحالة مع نظام التسليم الآخر، بما في ذلك مشاركة أداة فحص الشباب المكتملة لخدمات الصحة العقلية Medi-Cal والمتابعة لضمان إتاحة التقييم السريري في الوقت المناسب للفرد.

² تشير إرشادات زيارة برايت فيوتشرز لصحة الطفل إلى أن الطفل الذي يبلغ من العمر 4 أعوام أو أكثر يجب أن يراه طبيب أطفال سنوياً، ويجب أن يعاين طبيب الأطفال الطفل الذي يبلغ من العمر 3 أعوام أو أقل كل شهر أو 3 أو 6 أشهر حسب سنه.

أداة فحص الشباب لخدمات الصحة العقلية Medi-Cal

المجيب الشاب

الاسم:	تاريخ الولادة:
العمر:	ملاحظة: إذا كان عمرك 21 عامًا أو أكثر، فانتقل إلى "أداة فحص البالغين من أجل خدمات الصحة العقلية التابعة لـ Medi-Cal."
رقم (CIN) Medi-Cal:	
1. هل هذه حالة طارئة أو أزمة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
ملاحظة: إذا كانت الإجابة بنعم، فلا تنهي عملية الفحص وتعامل معها وفقًا لبروتوكولات الطوارئ أو الأزمات الحالية.	
2. هل تتحدث عن نفسك أم عن شخص آخر؟	<input type="checkbox"/> أتحدث عن نفسي <input type="checkbox"/> أتحدث عن شخص آخر
• إذا كنت تتحدث عن شخص آخر، فعن من تتحدث وما علاقتك به؟	
ملاحظة: إذا كان هناك شخص آخر، فيرجى التبديل إلى إصدار "المجيب نيابة عن الشاب" من الأداة.	
3. هل يمكن أن تخبرني عن سبب سعيك للحصول على خدمات الصحة العقلية اليوم؟	
4. هل تتلقى حاليًا علاجًا للصحة العقلية؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
• إذا كانت الإجابة بنعم، فأين تتلقى هذه الخدمات؟	
ملاحظة: إذا كان الفرد يتلقى حاليًا خدمات الصحة العقلية من خطة الرعاية المدارة أو خطة الصحة العقلية، فلا تكمل الفحص. بدلاً من ذلك، قم بتوصيله بمزوده الحالي لمزيد من التقييم.	
5. متى كانت آخر مرة رأيت فيها طبيب الأطفال أو طبيب الرعاية الأولية؟	
ملاحظة: إذا كان الطفل / الشاب يبلغ من العمر 3 أعوام أو أقل ولم يرى طبيب أطفال لأكثر من 6 أشهر أو 4 أعوام فما فوق ولم ير طبيب أطفال أو طبيب رعاية أولية منذ أكثر من عام، فاستمر في الفحص وقم بتوصيله بخطة الرعاية المدارة الخاصة به لزيارة طبيب الأطفال / طبيب الرعاية الأولية.	

سؤال	نعم	لا
6. هل أنت حاليًا أو سبق لك أن كنت في الإصلاحية أو تحت المراقبة أو تحت إشراف المحكمة؟ ¹ ملاحظة: إذا كانت الإجابة بنعم، فقم بإيقاف الفحص والرجوع إلى خطة الصحة العقلية للتقييم السريري.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. هل أنت حاليًا في دار الرعاية أو منخرط في نظام رعاية الطفل؟ ¹ ملاحظة: إذا كانت الإجابة بنعم، فقم بإيقاف الفحص والرجوع إلى خطة الصحة العقلية للتقييم السريري.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. هل سبق لك أن كنت في دار الرعاية أو شاركت في نظام رعاية الطفل؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. هل أنت حاليًا بدون سكن أو بدون مكان آمن للنوم؟ ¹ ملاحظة: إذا كانت الإجابة بنعم، فقم بإيقاف الفحص والرجوع إلى خطة الصحة العقلية للتقييم السريري.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. هل سبق لك أن كنت بدون سكن أو بدون مكان آمن للنوم؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. هل لديك أفكار أو مشاعر أو سلوكيات تجعل الأمور صعبة عليك في المنزل أو المدرسة أو العمل؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. هل لديك أفكار أو مشاعر أو سلوكيات تجعل من الصعب أن تكون مع أصدقائك أو تستمتع بالوقت؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. هل غالبًا ما تتغيب عن المدرسة أو العمل أو الأنشطة بسبب شعورك بأنك لست على ما يرام؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. هل الشخص الذي يعتني بك غالبًا غير موجود أو غير قادر على رعايتك؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. هل تشعر أنك غير مساند أو غير آمن؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. هل هناك من يؤذيك؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. هل تواجه مشكلة في تعاطي المخدرات أو الكحول؟ ² ملاحظة: إذا كانت الإجابة بنعم، فاستمر في الفحص وتنسيق الإحالة إلى خطة الصحة السلوكية للمقاطعة لتقييم اضطراب تعاطي المخدرات بعد اكتمال الفحص.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

لا	نعم	سؤال
0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	18. هل يعاني أي فرد في عائلتك أو يعيش معك من مشاكل مع تعاطي المخدرات أو الكحول؟
0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	19. هل تؤدي نفسك عمدًا؟ ملاحظة: إذا كانت الإجابة بنعم، فاستمر في الفحص وقم على الفور بتنسيق الإحالة إلى الطبيب لإجراء مزيد من التقييم حول الانتحار بعد اكتمال الفحص.
0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	20. في الشهر الماضي، هل راودتك أفكار حول إنهاء حياتك، أو تمنيت لو كنت ميتًا، أو تمنيت أن تنام ولا تستيقظ أبدًا؟ ملاحظة: إذا كانت الإجابة بنعم، فاستمر في الفحص وقم على الفور بتنسيق الإحالة إلى الطبيب لإجراء مزيد من التقييم حول الانتحار بعد اكتمال الفحص.
0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	21. هل لديك خطط لإيذاء الآخرين؟ ملاحظة: إذا كانت الإجابة بنعم، فاستمر في الفحص وقم على الفور بتنسيق الإحالة إلى الطبيب لإجراء مزيد من التقييم حول القتل بعد انتهاء الفحص.
0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	22. هل أخبرك شخص من خارج عائلتك أنك بحاجة إلى مساعدة بشأن القلق أو الاكتئاب أو سلوكياتك؟
0 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	23. هل زرت المستشفى للحصول على مساعدة بخصوص حالة صحية عقلية خلال الأشهر الستة الماضية؟

النتيجة الإجمالية:

إذا كانت النتيجة من 0 إلى 5، فارجع إلى التعليمات رقم 11 في خطة الرعاية المدارة
إذا كانت الدرجة 6 أو أعلى، فارجع إلى التعليمات رقم 11 في خطة الصحة العقلية

- 1 لم يتم تسجيل الأسئلة 6 و 7 و 9. تؤدي الإجابة بـ "نعم" إلى الإحالة إلى خطة الصحة العقلية للتقييم السريري. يرجى الرجوع إلى [BHIN 21-073](https://www.bhin.org/21-073) للحصول على تفاصيل إضافية حول معايير خدمات الصحة النفسية المتخصصة وتعريفات المصطلحات الرئيسية.
- 2 لم يتم تنقيط السؤال 17. ينتج عن الاستجابة بـ "نعم" إحالة إلى خطة المقاطعة لتقييم اضطراب تعاطي المخدرات بالإضافة إلى إحالة نظام تقديم خدمات الصحة العقلية الناتجة عن نتيجة الفحص.
- 3 تؤدي الإجابة بـ "نعم" على الأسئلة 19 و 20 و 21 إلى التنسيق الفوري للإحالة إلى الطبيب لمزيد من التقييم حول الانتحار و / أو القتل بعد اكتمال الفحص. قد تؤثر أو لا تؤثر الإحالة والتقييم اللاحق على إحالة نظام تقديم خدمات الصحة العقلية الناتجة عن نتيجة الفحص.

أداة فحص الشباب لخدمات الصحة العقلية Medi-Cal

المجيب نيابة عن الشاب

الاسم:	تاريخ الولادة:
العمر:	ملاحظة: إذا كنت تبلغ من العمر 21 عامًا أو أكثر، قم بالتبديل إلى أداة فحص الصحة العقلية التابعة التابعة لـ Medi-Cal
رقم (CIN) Medi-Cal:	
1. هل هذه حالة طارئة أو أزمة؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
ملاحظة: إذا كانت الإجابة بنعم، فلا تنهي عملية الفحص وتعامل معها وفقًا لبروتوكولات الطوارئ أو الأزمات الحالية.	
2. هل تتحدث عن نفسك أم عن شخص آخر؟	<input type="checkbox"/> أتحدث عن نفسي <input type="checkbox"/> أتحدث عن شخص آخر
• إذا كنت تتحدث عن شخص آخر، فعن من تتحدث وما علاقتك به؟	
ملاحظة: في حالة التحدث عن نفسه، قم بالتبديل إلى إصدار "المجيب الشاب" للأداة.	
3. هل يمكن أن تخبرني عن سبب سعيك للحصول على خدمات الصحة العقلية للأطفال / الشباب اليوم؟	
4. هل يتلقى الطفل / الشاب حاليًا علاجًا نفسيًا؟	<input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا
• إذا كانت الإجابة بنعم، فمن أين يتلقى هذه الخدمات؟	
ملاحظة: إذا كان الفرد يتلقى حاليًا خدمات الصحة العقلية من خطة الرعاية المدارة أو خطة الصحة العقلية أو خطة الرعاية المدارة، فلا تنهي الفحص. بدلاً من ذلك، قم بتوصيله بمزوده الحالي لمزيد من التقييم.	
5. متى كانت آخر مرة زار فيها الطفل / الشاب طبيب الأطفال أو مقدم الرعاية الأولية؟	
ملاحظة: إذا كان الطفل / الشاب يبلغ من العمر 3 أعوام أو أقل ولم يرى طبيب أطفال لأكثر من 6 أشهر أو 4 أعوام فما فوق ولم ير طبيب أطفال أو طبيب رعاية أولية منذ أكثر من عام، فاستمر في الفحص و قم بتوصيله ب خطة الرعاية المدارة الخاصة به لزيارة طبيب الأطفال / طبيب الرعاية الأولية.	

		سؤال
لا	نعم	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6. هل الطفل / الشاب حاليًا أو سبق له أن كان في الإصلاحية أو تحت المراقبة أو تحت إشراف المحكمة؟ ملاحظة: إذا كانت الإجابة بنعم، فقم بإيقاف الفحص والرجوع إلى خطة الصحة العقلية للتقييم السريري.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7. هل الطفل / الشاب حاليًا في دار الرعاية أو مشارك في نظام رعاية الطفل؟ ملاحظة: إذا كانت الإجابة بنعم، فقم بإيقاف الفحص والرجوع إلى خطة الصحة العقلية للتقييم السريري.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8. هل سبق للطفل / الشاب أن كان في دار الرعاية أو شارك في نظام رعاية الطفل؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9. هل الطفل / الشاب حاليًا بدون سكن أو بدون مكان آمن للنوم؟ ملاحظة: إذا كانت الإجابة بنعم، فقم بإيقاف الفحص والرجوع إلى خطة الصحة العقلية للتقييم السريري.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10. هل كان الطفل / الشاب بدون سكن أو بدون مكان آمن للنوم؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11. هل لدى الطفل / الشاب أفكار أو مشاعر أو سلوكيات تجعل الأمور صعبة عليه في المنزل أو المدرسة أو العمل؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12. هل لدى الطفل / الشاب أفكار أو مشاعر أو سلوكيات تجعل من الصعب عليه التواجد مع أصدقائه أو قضاء وقت ممتع؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13. هل غالبًا ما يتغيب الطفل / الشاب عن المدرسة أو العمل أو الأنشطة بسبب عدم شعوره بالراحة؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	14. هل المسؤول الأساسي عن رعاية الطفل / الشاب غالبًا غير موجود أو غير قادر على رعاية الطفل / الشاب؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15. هل يشعر الطفل / الشاب بعدم المساندة أو عدم الأمان؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16. هل هناك من يؤدي الطفل / الشاب؟

سؤال	نعم	لا
17. هل يعاني الطفل / الشاب من مشاكل في تعاطي المخدرات أو الكحول؟ ² ملاحظة: إذا كانت الإجابة بنعم، فاستمر في الفحص وتنسيق الإحالة إلى خطة الصحة السلوكية للمقاطعة لتقييم اضطراب تعاطي المخدرات بعد اكتمال الفحص.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. هل يعاني أي فرد في أسرة الطفل / الشاب أو فرد يعيش معه من مشاكل مع تعاطي المخدرات أو الكحول؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. هل يؤدي الطفل / الشاب نفسه أو يتصرف بطريقة قد تسبب الأذى لنفسه؟ ³ ملاحظة: إذا كانت الإجابة بنعم، فاستمر في الفحص وقم على الفور بتنسيق الإحالة إلى الطبيب لإجراء مزيد من التقييم حول الانتحار بعد اكتمال الفحص.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. في الشهر الماضي، هل كان لدى الطفل / الشاب أفكار حول إنهاء حياته، أو تمنى لو مات، أو تمنى أن ينام ولا يستيقظ أبداً؟ ³ ملاحظة: إذا كانت الإجابة بنعم، فاستمر في الفحص وقم على الفور بتنسيق الإحالة إلى الطبيب لإجراء مزيد من التقييم حول الانتحار بعد اكتمال الفحص.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. هل لدى الطفل / الشاب خطط لإيذاء الآخرين؟ ³ ملاحظة: إذا كانت الإجابة بنعم، فاستمر في الفحص وقم على الفور بتنسيق الإحالة إلى الطبيب لإجراء مزيد من التقييم حول القتل بعد انتهاء الفحص.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. هل قال شخص من خارج أسرة الطفل / الشاب إن الطفل / الشاب يحتاج إلى مساعدة في التخلص من القلق أو الاكتئاب أو سلوكياته؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. هل زار الطفل / الشاب المستشفى بسبب حالة صحية نفسية خلال الأشهر الستة الماضية؟	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
النتيجة الإجمالية:		
إذا كانت النتيجة من 0 إلى 5، فارجع إلى التعليم رقم 11 في خطة الرعاية المدارة		
إذا كانت الدرجة 6 أو أعلى، فارجع إلى التعليم رقم 11 في خطة الصحة العقلية		

- 1 لم يتم تسجيل الأسئلة 6 و 7 و 9. تؤدي الإجابة بـ "نعم" إلى الإحالة إلى خطة الصحة العقلية للتقييم السريري. يرجى الرجوع إلى [BHIN 21-073](#) للحصول على تفاصيل إضافية حول معايير خدمات الصحة النفسية المتخصصة وتعريفات المصطلحات الرئيسية.
- 2 لم يتم تنقيط السؤال 17. ينتج عن الاستجابة بـ "نعم" إحالة إلى خطة المقاطعة لتقييم اضطراب تعاطي المخدرات بالإضافة إلى إحالة نظام تقديم خدمات الصحة العقلية الناتجة عن نتيجة الفحص.
- 3 تؤدي الإجابة بـ "نعم" على الأسئلة 19 و 20 و 21 إلى التنسيق الفوري للإحالة إلى الطبيب لمزيد من التقييم حول الانتحار و / أو القتل بعد اكتمال الفحص. قد تؤثر أو لا تؤثر الإحالة والتقييم اللاحق على إحالة نظام تقديم خدمات الصحة العقلية الناتجة عن نتيجة الفحص.