

ОКРУГ ПРОЖИВАНИЯ РЕБЕНКА: _____ ДАТА НАПРАВЛЕНИЯ РЕБЕНКА: (ММ/ДД/ГГГГ) ____ / ____ / ____

Раздел 1. ОБЯЗАТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ (отметив этот пункт, муниципалитет свидетельствует о получении им подтверждения от направляющего лица/организации о том, что данное направление обсуждалось с родителем/законным опекуном и он/она не возражали против него)

Информация о ребенке	<p>ПОЛНОЕ ИМЯ РЕБЕНКА:</p> <p>Фамилия _____ Имя _____ Среднее имя _____</p> <p>ПОЛ: <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/> Женский АДРЕС РЕБЕНКА: (улица, номер квартиры) _____</p>	<p>ДАТА РОЖДЕНИЯ: (ММ/ДД/ГГГГ) ____ / ____ / ____</p> <p>ОСНОВНОЙ ЯЗЫК или СРЕДСТВО ОБЩЕНИЯ:</p> <p>Ребенок _____ Родитель/законный опекун _____</p>
	<p>ЭТНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ:</p> <p><input type="checkbox"/> Испанского или латиноамериканского происхождения <input type="checkbox"/> Не испанского или латиноамериканского происхождения</p>	<p>РАСА: (выберите более одного, если необходимо)</p> <p><input type="checkbox"/> Американские индейцы или коренные жители Аляски <input type="checkbox"/> Азиаты <input type="checkbox"/> Темнокожие или афроамериканцы <input type="checkbox"/> Коренные жители Гавайских островов или других тихоокеанских островов <input type="checkbox"/> Европеоиды (белые)</p>
	<p>ПРИЧИНА НАПРАВЛЕНИЯ: (отметьте ОДИН вариант)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. ПОДОЗРЕНИЕ. Этот ребенок направлен, потому что у него подозревается задержка развития или инвалидность.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. ПОДТВЕРЖДЕНО. Этот ребенок направлен, так как он/она имеет подтвержденную инвалидность (диагностированное физическое или психическое заболевание, которое с высокой вероятностью может привести к задержке развития).</p> <p><input type="checkbox"/> 3. В ГРУППЕ РИСКА. В настоящее время этот ребенок НЕ подозревается в наличии инвалидности, но он/она направляется,</p> <p>потому что находится В ГРУППЕ РИСКА развития инвалидности (например, соответствует критериям риска, указанным в нормативных актах, направлениям по Закону о предотвращении жестокого обращения с детьми и лечении (Child Abuse Prevention Treatment Act, CAPTA) и т. д.).</p> <p><input type="checkbox"/> 4. В ГРУППЕ РИСКА. Младенец не прошел проверку слуха новорожденных и не получил необходимого последующего наблюдения.</p>	
Информация о направляющем лице/организации	<p>ИНФОРМАЦИЯ О НАПРАВЛЯЮЩЕМ ЛИЦЕ/ОРГАНИЗАЦИИ:</p> <p>Имя _____ Фамилия _____ Название службы/учреждения: _____ Адрес: _____ Телефон: (____) _____ - _____ доб. _____ Факс: (____) _____ - _____ Адрес электронной почты: _____</p>	<p>ТИП НАПРАВЛЯЮЩЕГО ЛИЦА/ОРГАНИЗАЦИИ: (отметьте ОДИН вариант)</p> <p><input type="checkbox"/> Родитель/законный опекун <input type="checkbox"/> Другой член семьи (указать) _____ <input type="checkbox"/> Поставщик медицинских услуг ребенка <input type="checkbox"/> Больница или клиника <input type="checkbox"/> Общественная программа/поставщик Программы раннего вмешательства (Early Intervention Program, EIP) <input type="checkbox"/> Другое (указать) _____</p>
	Сведения о родителе/законном опекуне	<p>ИМЯ И ФАМИЛИЯ РОДИТЕЛЯ/ЗАКОННОГО ОПЕКУНА:</p> <p>Фамилия _____ Имя _____ Домашний: (____) _____ - _____ Мобильный: (____) _____ - _____ Рабочий: (____) _____ - _____ Адрес: _____ Улица, номер квартиры _____ Город _____ Почтовый индекс _____</p>
<p>ИМЯ И ФАМИЛИЯ ОПЕКУНА/ИНОГО КОНТАКТНОГО ЛИЦА:</p> <p>Фамилия _____ Имя _____ Номер телефона: (____) _____ - _____</p>		<p>СТЕПЕНЬ РОДСТВА С РЕБЕНКОМ:</p> <p><input type="checkbox"/> Бабушка или дедушка Другое: _____ <input type="checkbox"/> Патронатный родитель</p>

ИМЯ И ФАМИЛИЯ РЕБЕНКА: _____ ДАТА РОЖДЕНИЯ: ____ / ____ / ____
Фамилия Имя ММ ДД ГГГГ

Раздел 2. Для получения указанной ниже информации требуется письменное информированное согласие родителей

Требуется письменное информированное согласие родителя / законного опекуна	<input type="checkbox"/> Лицо/организация, выдавшая направление, подтверждает получение письменного согласия родителей на включение следующей информации, а также любых прилагаемых документов. Подпись лица, выдавшего направление: _____
	<p>Дополнительная информация о причине направления Предоставьте дополнительную информацию о проблемах, связанных с развитием. Включите все результаты выполненного тестирования и данные о функциональном состоянии ребенка в одной или нескольких областях развития, которые могут указывать на задержку в развитии и подтвердить соответствие ребенка критериям участия в программе EIP.</p> <p>Отметьте все функциональные области, в которых у ребенка наблюдается задержка (включите соответствующие комментарии или примечание о том, что документы приложены).</p> <p><input type="checkbox"/> Адаптивная: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Когнитивная: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Коммуникативная: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Физическая (крупная и мелкая моторика, включая нарушения зрения, слуха, орально-моторные нарушения во время приема пищи и расстройство глотания): _____</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Социально-эмоциональная: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Прилагаемая документация: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Диагностированное (-ые) заболевание (-я) (включая диагноз/коды международной классификации болезней (МКБ-10)): _____</p> <p>_____</p> <p>Дополнительные сведения о направлении: _____</p> <p>Подпись родителя/законного опекуна: _____ Дата: ____ / ____ / ____</p> <p>Обратите внимание! Если заполняемая форма направления содержит электронную подпись родителя/законного опекуна для согласия на прикрепление документов/отчетов о состоянии здоровья ребенка, эта подпись также должна включать маркер проверки электронной подписи (доступный при помощи таких приложений, как Adobe Acrobat, DocuSign и т. д.), в котором указана дата и время подписи формы. Если такая мера защиты недоступна, а в разделе 2 требуется подпись родителя/законного опекуна, форму направления необходимо распечатать, чтобы родитель/законный опекун мог подписать бумажную копию согласия.</p> <p><input type="checkbox"/> В случае письменного информированного согласия родителя, ПРИЛОЖИТЕ ДОКУМЕНТЫ или ОТЧЕТЫ, которые помогут определить установить соответствие критериям участия в Программе раннего вмешательства (Early Intervention Program).</p>

Office Use Only	FOR OFFICE USE ONLY
	Date Referral Received: ____ / ____ / ____ ISC Requested: _____ Assigned ISC: _____
	ISC Agency and Phone: (____) ____- _____ Date of ISC Assignment: ____ / ____ / _____
	Data Entry Date: ____ / ____ / _____ Due Date for IFSP: ____ / ____ / _____

* При заполнении данной формы ознакомьтесь с инструкциями. Форму можно отправить по почте, факсу или доставить в офис Программы раннего вмешательства в округе/муниципалитете, где проживает ребенок.

Возрастные требования к направленным пациентам

В Программу раннего вмешательства (Early Intervention Program, EIP) направляются дети младше 3 лет. Если ребенок направлен менее чем через 45 дней после достижения трехлетнего возраста и может соответствовать критериям получения услуг в соответствии со статьей 4410 Закона об образовании, должностное лицо службы раннего вмешательства (Early Intervention Official, EIO) с письменного согласия родителя направит ребенка в Комитет по дошкольному специальному образованию (Committee on Preschool Special Education, CPSE) местного школьного округа, в котором проживает ребенок. В отношении ребенка, направленного в течение 45 дней после его третьего дня рождения, EIO не обязан проводить оценку, обследование или первичную встречу по Индивидуальному плану обслуживания семьи (Individualized Family Service Plan, IFSP).

РАЗДЕЛ 1

Содержит поля, которые необходимо заполнить при оформлении направления на местную EIP. Форма направления может быть отправлена после заполнения раздела 1 и содержать ТОЛЬКО информацию раздела 1. Для предоставления информации в разделе 1 согласие родителя не требуется. Родители должны быть проинформированы о намерении направить ребенка для участия в программе, и если родитель возражает, направление запрещается.

См. приложение 1 «Что делать, если родитель/законный опекун возражает против направления».

Просьба писать разборчиво или напечатать всю необходимую для направления информацию.

Округ проживания ребенка

Укажите округ, в котором проживает ребенок. В этот округ будет отправлено направление в программу EIP.

Дата направления

Это дата, когда направляющее лицо/организация подает направление его в местную EIP. Важно, чтобы дата направления была точной.

Информация о ребенке

Полное имя ребенка

Укажите полное имя ребенка в предоставленных полях (фамилия, имя и среднее имя ребенка). Проверьте правильность написания имени ребенка. Не используйте уменьшительные имена или семейные прозвища.

Дата рождения

Дата рождения ребенка в формате ММ/ДД/ГГГГ.

Основной язык или способ общения родителя/законного опекуна ребенка

Укажите основной язык или способ общения родителя/законного опекуна ребенка.

Пол

Отметьте пункт, указывающий пол ребенка (мужской или женский).

Адрес ребенка

Укажите полный адрес ребенка (включая номер квартиры), город и почтовый индекс + 4.

Этническая принадлежность и раса

Отметьте соответствующий пункт в каждом разделе. Можно выбрать более одного обозначения расы ребенка.

Причина направления

В этом разделе нужно выбрать причину, по которой вы даете направление в EIP. Важно выбрать **только ОДНУ** причину.

1. Подозрение на наличие инвалидности.

Направляющее лицо/организация имеет подозрение, что направляемый ребенок имеет инвалидность/задержку развития в одной или нескольких функциональных областях развития (в адаптивной, когнитивной, коммуникативной, физической (включая зрение, слух, орально-моторные нарушения во время приема пищи и расстройство глотательного рефлекса), а также в социально-эмоциональной области). Направление детей с подозрением на наличие инвалидности (включая задержку в развитии) должно основываться на указанном ниже.

- A. Результаты скрининга развития или диагностических процедур, непосредственный опыт, наблюдение и восприятие прогресса в развитии ребенка.
- B. Предоставленная родителем информация, указывающая на задержку в развитии или инвалидность.
- C. Просьба родителя о таком направлении.

Примечание. Младенцы, которые не прошли стационарную проверку слуха новорожденных перед выпиской из больницы и не прошли какую-либо амбулаторную проверку слуха младенцев, направляются на EIP по подозрению в наличии инвалидности, чтобы пройти либо повторную проверку слуха, либо подтверждающую (диагностическую) проверку слуха, на усмотрение аудиолога. Младенец с подозрением на потерю слуха должен пройти диагностическое аудиологическое обследование до достижения 3-месячного возраста.

2. Подтвержденная инвалидность.

Ребенка направляют на EIP, так как у него диагностировано физическое или психическое заболевание, которое с высокой вероятностью может привести к задержке в развитии.

См. приложение 2 «Диагностированные физические и психические заболевания с высокой вероятностью развития задержки в развитии».

Мониторинг развития (система поиска детей)

3. В группе риска.

У ребенка не была диагностирована инвалидность, и направляющее лицо/организация не имеет подозрений на наличие инвалидности у ребенка в настоящее время. Ребенка направляют на **мониторинг развития**, так как он подвержен **рisku развития** инвалидности.

См. приложение 3 «Медицинские/биологические критерии или критерии риска у детей раннего возраста, на основании которых должно осуществляться направление детей, подверженных риску развития инвалидности».

- Направления по Закону о предотвращении жестокого обращения с детьми и лечении (Child Abuse Prevention and Treatment Act, CAPTA). Дети, направленные на EIP в соответствии с федеральным законом CAPTA без подозреваемой задержки развития или диагностированного заболевания с высокой вероятностью задержки в развитии, будут отнесены к **группе риска**.

4. В группе риска из-за непрохождения скрининга слуха новорожденного.

Младенец также относится к категории риска, если он не прошел скрининг слуха новорожденных и не получил необходимого последующего наблюдения своевременно или же отсутствует документация в рамках Программы раннего выявления нарушений слуха и их реабилитации (Early Hearing Detection and Intervention, EMDI).

Информация о направляющем лице/организации

Кем выдано направление

- Укажите контактную информацию направляющего лица.
- Укажите имя и фамилию в предоставленных полях.
- Укажите название организации или учреждения, если направляющий работает в организации.
- Укажите адрес.
- Укажите номер телефона (включая добавочный) и номер факса, по которому можно связаться с направляющим лицом при необходимости.
- Включите адрес электронной почты, который будет использоваться для связи с направляющим лицом при необходимости. Обратите внимание, что защищенную медицинскую информацию (Protected Health Information, PHI) не следует включать в переписку по электронной почте. Для получения дополнительной информации см. документ «Уважаемый коллега - разъяснение для поставщиков услуг раннего вмешательства относительно согласия родителей на использование электронной почты для обмена информацией, идентифицирующей личность», с которым можно ознакомиться в **Дополнительной информации/ресурсах для направления в Программу раннего вмешательства**.

Список всех основных направляющих лиц/организаций см. в приложении 4.

Тип направляющего лица/организации: (выберите только ОДИН) , лучше всего соответствующий какому-либо варианту, из приведенного ниже списка.

- **Родитель/законный опекун:**
 - родитель;
 - друг/родственник (указать), если лицо является законным опекуном.
- **Другой член семьи (указать):**
 - друг/родственник (указать), если это **НЕ** законный опекун.
- **Поставщик медицинских услуг ребенка:**
 - врач/педиатр.
- **Больница или клиника:**
 - больница;
 - поставщик медицинских услуг;
 - организация, проводящая скрининг слуха новорожденных;
 - государственные/общественные медицинские учреждения (клиника при местном отделе здравоохранения).
- **Местная программа/поставщик EIP:**
 - служба поиска детей;
 - детский сад;
 - поставщик EIP;
 - программа раннего обучения Head Start;
 - штатные/муниципальные специалисты;
 - школьный округ, также известный как местный орган образования;
 - учреждение скрининга и мониторинга (групп риска).
- **Другое (указать):**
 - если друг: друг/родственник (указать);
 - социальные службы;
 - другое (указать).

Сведения о родителе/законном опекуне

Сведения о родителе/законном опекуне

- Укажите сведения полностью.
- Обязательно укажите полную контактную информацию хотя бы одного родителя/законного опекуна.
- Укажите фамилию и имя каждого родителя/законного опекуна в предоставленных полях, а также адрес и номера телефонов, по которым можно связаться с родителем (-ями)/законным (-и) опекуном (-ами).
- Если применимо, включите лицо, состоящее в родительских отношениях с ребенком.

Имя опекуна/иного контактного лица

Когда это необходимо и применимо, укажите имя и контактную информацию другого лица, через которое можно связаться с родителем.

Степень родства с ребенком

Отметьте пункт с указанием степени родства этого лица с ребенком.

Полное имя ребенка

Укажите полное имя ребенка (фамилию и имя ребенка). Не используйте уменьшительные имена или семейные прозвища.

Дата рождения ребенка

Дата рождения ребенка в формате ММ/ДД/ГГГГ.

РАЗДЕЛ 2

Этот раздел заполняется с предоставлением информации только в том случае, если родитель/законный опекун дал письменное согласие на добавление этих данных.

Отметьте пункт и подпишите, чтобы подтвердить получение **письменного согласия родителей** на включение информации в **раздел 2** этой формы направления; также приложите любую дополнительную медицинскую или другую документацию, которая может быть использована для установления соответствия ребенка критериям участия в программе EIP.

Выбранное экспертное агентство использует информацию для направления и любую прилагаемую медицинскую документацию, чтобы определить тип необходимой оценки. Важно, чтобы в это направление была включена исчерпывающая информация (с письменного согласия родителей/законных опекунов). Экспертное агентство определит, необходима ли комплексная проверка, и (или) многопрофильная экспертиза (Multidisciplinary Evaluation, MDE), или обследование для определения соответствия критериям участия в программе EIP.

Дополнительная информация о причине направления

Этот раздел включает любую собранную о ребенке информацию, которая подтверждает причину, по которой ребенка направляют в программу EIP.

Предоставьте дополнительную информацию о проблемах развития (включая все проведенные тесты) и данные о функциональном состоянии ребенка в одной или нескольких областях развития, которые могут указывать на задержку в развитии и подтвердить соответствие ребенка критериям участия в программе EIP.

Функциональные области

Выберите функциональную (-ые) область (-и), в которой (-ых), по определению направляющего лица, у ребенка наблюдается задержка в развитии:

- адаптивная;
- когнитивная;
- коммуникативная;
- физическая (крупная и мелкая моторика, включая нарушения зрения, слуха, орально-моторные нарушения во время приема пищи и расстройство глотания);
- социально-эмоциональная.

Добавьте любые комментарии в отношении выявленных задержек или отметьте, что документ был приложен.

Диагностированное (-ые) заболевание (-я) и коды Международной классификации болезней

Направляющее лицо/организация должно указать диагностированное у ребенка заболевание и включить соответствующий диагностический код Международной классификации болезней (МКБ-10). В форму направления можно включить более одного диагностированного заболевания и кода МКБ-10.

См. приложение 5.

ПРИМЕЧАНИЕ. Основное направляющее лицо/организация отвечает за информирование родителей ребенка с диагностированным заболеванием, которое с высокой вероятностью может привести к задержке в развитии, или с диагностированной задержкой развития в соответствии с установленными критериями EIP, о нижеследующем.

1. Соответствие критериям участия в EIP определяется многопрофильной экспертизой (MDE).
2. Важность предоставления письменного согласия основному направляющему лицу/организации на передачу документов или отчетов, необходимых для подтверждения диагноза, или, в случае родителей или опекунов детей, у которых нет диагностированного заболевания, документов или отчетов, которые помогут в установить соответствие критериям участия в программе.

Требования к письменному информированному согласию родителя/законного опекуна

Приложите любую медицинскую или другую документацию/отчеты, которые могут помочь установить соответствие ребенка критериям участия в программе EIP.

Подпись и дата родителя/законного опекуна

Обратите внимание! Если заполняемая форма направления содержит электронную подпись родителя/законного опекуна для согласия на прикрепление документов/отчетов о состоянии здоровья ребенка, **эта подпись также должна включать маркер проверки электронной подписи (доступный при помощи таких приложений, как Adobe Acrobat, DocuSign и т. д.), в котором указаны дата и время подписи формы.** Если такая мера защиты недоступна, а в разделе 2 требуется подпись родителя/законного опекуна, форму направления необходимо **распечатать**, чтобы родитель/законный опекун мог подписать бумажную копию согласия.

Это означает письменное информированное согласие родителя/законного опекуна на передачу медицинской информации их ребенка в EIP.

ТОЛЬКО ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Этот раздел заполняется принимающим округом.

Дополнительная информация/ресурсы для направления в Программу раннего вмешательства

Законодательство штата Нью-Йорк и Закон об общественном здравоохранении в отношении направления на участие в Программе раннего вмешательства: раздел II-A статьи 25 Закона об общественном здравоохранении: <https://www.nysenate.gov/legislation/laws/PBH/A25T2-A> и раздел 10 Свода законов и правил г. Нью-Йорка (New York Codes, Rules and Regulations, NYCRR), раздел 69-4.3 «Направления»: <https://regs.health.ny.gov/book/export/html/48709>.

Документ «Уважаемый коллега - разъяснение для поставщиков услуг раннего вмешательства относительно согласия родителей на использование электронной почты для обмена информацией, идентифицирующей личность»

Этот документ включает информацию об использовании электронной почты в EIP: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/memoranda/2009-10_early_intervention_parent_consent_to_use_email.htm.

Меморандум о раннем вмешательстве 94-3. Процедуры направления в программу раннего вмешательства переизданы <ММ/ГТТГ>. Этот документ содержит конкретную информацию о направлениях: <https://www.health.ny.gov/guidance/oph/cch/bei/94-3.pdf>.

Куда отправить направление

Направления должны быть отправлены EIO округа, где в настоящее время проживает ребенок. Основные направляющие лица/организации могут передавать направления по почте или факсу в США. Список контактных лиц муниципалитета/округа можно найти по адресу: https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/county_eip.htm.

Информация для родителей о Программе раннего вмешательства

Информация о Программе раннего вмешательства для родителей размещена на веб-сайте Программы раннего вмешательства Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк (Department of Health Early Intervention Program): https://www.health.ny.gov/community/infants_children/early_intervention/index.htm.

Брошюры, доступные БЕСПЛАТНО для жителей штата Нью-Йорк

Early Help Makes a Difference! (брошюра, в которой освещаются основные этапы развития детей от рождения до трех лет).

Early Intervention Steps: A Parent's Basic Guide to the Early Intervention Program (в этом буклете приводится описание Программы раннего вмешательства).

Брошюры по проверке слуха новорожденных:

- *Can Your Baby Hear You?*
- *Your Baby Passed the Hearing Screening*
- *Your Baby Needs Another Screening*

Клинические рекомендации (рекомендации штата Нью-Йорк предлагают инструкции, основанные на научных данных и экспертном клиническом мнении об эффективных методах):

- *Autism/Pervasive Developmental Disorders- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years)*
- *Communication Disorders- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years)*
- *Down Syndrome- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years)*
- *Hearing Loss- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years)*
- *Motor Disorders- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years)*
- *Vision Impairment- Assessment and Intervention for Young Children (Age 0-3 Years)*

Эти ресурсы доступны в электронном виде на веб-сайте Программы раннего вмешательства (EIP) Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк (New York State Department of Health, NYSDOH). Жители Нью-Йорка могут заказать эти ресурсы бесплатно через распределительный центр Департамента здравоохранения штата Нью-Йорк (NYS DOH Distribution Center). Форма заказа доступна на веб-сайте NYSDOH EIP или по следующей ссылке: https://www.health.ny.gov/forms/order_forms/eip_publications.pdf.

Приложения

Приложение 1

Что предпринять, если родитель/законный опекун возражает против направления

Функции основного направляющего лица/организации:

- вести письменную документацию возражений родителя против направления и последующих действий, предпринятых основным направляющим лицом/организацией;
- сообщить родителю полное имя и контактную информацию EIO, если есть подозрения на наличие у ребенка инвалидности или ребенок находится в группе риска;
- в течение двух месяцев приложить все возможные усилия, чтобы связаться с родителем и, при необходимости, направить ребенка в программу EIP, если только родитель не возражает.

Приложение 2

Диагностированные физические и психические заболевания с высокой вероятностью развития задержки в развитии (10 NYCRR 69-4.3(f))

- Хромосомные аномалии, связанные с задержкой в развитии (например, синдром Дауна).
 - Синдромы и заболевания, связанные с задержкой в развитии (например, алкогольный синдром плода).
 - Нервно-мышечное расстройство (например, любое заболевание, которое, влияет на синдром центральной нервной системы, включая церебральный паралич, расщепление позвоночника (spina bifida), микроцефалию или макроцефалию).
 - Клинические признаки расстройства центральной нервной системы (ЦНС) после бактериальной/вирусной инфекции головного мозга или черепно-мозговой травмы.
 - Нарушение слуха (диагностированная потеря слуха, которую невозможно исправить путем лечения или хирургического вмешательства).
 - Нарушение зрения (диагностированное нарушение зрения, которое невозможно исправить путем лечения (включая ношение очков, контактных линз или хирургическое вмешательство)).
 - Диагностированные психические заболевания (например, реактивное расстройство привязанности в младенчестве и раннем детском возрасте).
 - Эмоциональное/поведенческое расстройство.
-

Приложение 3

Медицинские/биологические критерии или критерии риска у детей раннего возраста, на основании которых должно осуществляться направление детей с риском инвалидности

Критерии риска в неонатальном периоде	Критерии риска в постнеонатальном периоде	Другие критерии риска
<ul style="list-style-type: none">• Вес при рождении 1000–1501 грамм.• Гестационный возраст менее 33 недель.• Поражение или расстройство центральной нервной системы (включая неонатальные судороги, внутричерепное кровоизлияние, потребность в искусственной вентиляции легких более 48 часов, родовая травма).• Врожденные пороки развития.• Асфиксия (оценка по шкале Апгар от 3 до 5 минут).• Нарушения мышечного тонуса (гипертонус или гипотонус).• Гипербилирубинемия (> 20 мг/дл).• Гипогликемия (уровень глюкозы сыворотки ниже 20 мг/дл).• Дефицит роста/проблемы с питанием (например, низкая масса для гестационного возраста; существенные проблемы с кормлением).• Наличие врожденного метаболического нарушения (ВМН).• Перинатальная или врожденная инфекция (например, ВИЧ, гепатит В, сифилис).• 10 или более дней госпитализации в отделении интенсивной терапии новорожденных (Neonatal Intensive Care Unit, NICU).• Пренатальное злоупотребление алкоголем матерью.• Пренатальное злоупотребление запрещенными веществами матерью.• Пренатальное воздействие терапевтических препаратов с известными потенциальными последствиями для развития (например, психотропные, противосудорожные, противоопухолевые препараты).• Фенилкетонурия (ФКУ) у матери.• Риск потери слуха на основании семейного анамнеза, включая синдромальное проявление или неэффективность первоначального скрининга слуха новорожденного, при котором ребенку требуется последующий скрининг.• Риск ухудшения зрения, включая семейный анамнез заболеваний, вызывающих слепоту или серьезное ухудшение зрения.• Наличие генетического синдрома, который может увеличить риск задержки развития.	<ul style="list-style-type: none">• Родитель или опекун обеспокоены статусом развития ребенка.• Тяжелое заболевание или травматическое повреждение с последствиями для развития центральной нервной системы, требующее госпитализации в детское отделение интенсивной терапии на 10 и более дней.• Повышенный уровень свинца в венозной крови (на уровне или выше 15 мкг/дл).• Дефицит роста/программы питания (например, значительная органическая или неорганическая неспособность развиваться, выраженная железодефицитная анемия).• Хронический или тяжелый средний отит (длящийся не менее 3 месяцев).• ВИЧ-инфекция.• Указанный случай жестокого обращения или насилия над ребенком.	<ul style="list-style-type: none">• Отсутствие дородового ухода.• Пренатальное нарушение развития или диагностированное тяжелое, стойкое психическое заболевание.• Злоупотребление наркотическими веществами родителями.• Отсутствие профилактического обслуживания к 6-месячному возрасту или значительная задержка иммунизации.• Другие критерии риска, определенные основным направляющим лицом/организацией.

Приложение 4

Основные направляющие лица/организации

Ниже указаны основные направляющие лица/организации, которые должны в течение **двух рабочих дней** после выявления младенца или ребенка младше трех лет с предполагаемым инвалидностью или подверженного риску инвалидности направить такого младенца или ребенка младшего дошкольного возраста к должностному лицу, назначенному муниципалитетом, за исключением случаев, когда ребенок уже был направлен или если родитель возражает.

- Весь квалифицированный персонал, предоставляющий услуги в объеме, разрешенном их лицензией, сертификацией или регистрацией.
- Все утвержденные эксперты, координаторы услуг и поставщики услуг раннего вмешательства.
- Больницы.
- Поставщики медицинских услуг для детей.
- Детские сады.
- Местные отделы здравоохранения (местный департамент здравоохранения).
- Местные школьные округа.
- Местные социальные службы, включая государственные учреждения и сотрудников системы охраны детства.
- Государственные медицинские учреждения.
- Приюты и службы для жертв домашнего насилия.
- Приюты для бездомных.
- Работники любой клиники, утвержденной в соответствии со статьей 28 Закона об общественном здравоохранении, статьей 16 Закона о психической гигиене или статьей 31 Закона о психической гигиене.

Приложение 5

Текущий список *кодов Международной классификации болезней (коды МКБ-10)* и их статус в качестве соответствующих критериям диагностированных заболеваний, с высокой вероятностью способных привести к задержке развития, используются при определении соответствия критериям участия в Программе раннего вмешательства. Этот список доступен на веб-сайте Коммерческой системы здравоохранения (Health Commerce System, HCS) в Государственной системе данных о раннем вмешательстве (State Early Intervention Data System).

Если у вас нет доступа к HCS и Государственной системе данных о раннем вмешательстве, эту информацию можно также найти на веб-сайте Государственного налогового агента (Практическое руководство по соблюдению требований (Practical Compliance Guideline, PCG)): www.eibilling.com. Самый последний обновленный список кодов МКБ можно найти с помощью функции поиска на вкладке Knowledge Base (База знаний) на веб-сайте.