



[Logo penyedia layanan]	Koordinator skruing:
	Tanggal skruing:
	Tempat:

Mengapa skruing penting?

Penglihatan dan pendengaran anak Anda penting untuk pembelajaran mereka. Badan Kesehatan Dunia (WHO) merekomendasikan setiap anak menjalani skruing penglihatan dan pendengaran oleh petugas terlatih.

Apa yang akan dilakukan selama skruing?

Skruing akan memeriksa penglihatan dan pendengaran anak Anda. Seorang petugas akan melihat dari jarak dekat mata dan telinga anak Anda untuk memastikan kesehatan mata dan telinganya. Anak Anda tidak akan diberi obat dan tidak akan merasa sakit.

Apa yang perlu saya persiapkan?

Jika anak Anda memakai kacamata, anak Anda perlu membawa kacamata tersebut pada hari skruing.

Apa yang akan terjadi setelah skruing?

Anda akan diberi tahu hasil skruing dan apakah perlu diambil tindakan lebih lanjut. Hasil skruing anak Anda akan juga diberikan kepada koordinator skruing. Koordinator akan menghubungi Anda jika diperlukan tindakan lebih lanjut.

Bagaimana cara saya menggunakan formulir ini?

Mohon baca setiap pertanyaan dengan saksama dan untuk menjawab pertanyaan, mohon tandai kotak . Anda mungkin diminta memberikan informasi lebih lengkap. Mohon tulis jawaban singkat jika ada tanda pensil

1. Informasi tentang anak	
Nama keluarga	Nama depan
Tanggal lahir	Jenis kelamin: Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/>
Alamat	
Sekolah	Kelas
Informasi tentang orang tua/pengasuh	
Nama keluarga	Nama depan
Nomor telepon/Alamat <i>email</i>	
Bahasa yang digunakan	

2. Persetujuan untuk skruing fungsi sensoris *Mohon centang salah satu*

Ya, saya setuju anak saya mengikuti skruing penglihatan dan pendengaran dan hasilnya dibagikan dengan koordinator skruing sekolah → *Mohon lanjutkan ke bagian berikutnya*

Tidak, saya menolak anak saya mengikuti skrining penglihatan dan pendengaran → *Mohon jelaskan alasannya* ✎

3. Pertanyaan pra-skrining *Mohon isi bagian ini jika Anda menjawab “Ya” di bagian sebelumnya.*

Apakah anak Anda memakai kacamata?	Ya <input type="checkbox"/> Kacamata untuk apa? <input type="checkbox"/> Melihat jarak jauh <input type="checkbox"/> → Melihat jarak dekat <input type="checkbox"/> Tidak tahu <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda menggunakan alat bantu dengar?	Ya <input type="checkbox"/> →	Tidak <input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda mengalami diabetes?	Ya <input type="checkbox"/> →	Tidak <input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda mengalami rasa sakit, rasa tidak nyaman, dan/atau rasa gatal parah di mata?	Ya <input type="checkbox"/> →	Tidak <input type="checkbox"/>
Apakah Anda memiliki kekhawatiran tentang penglihatan anak Anda?	Ya <input type="checkbox"/> → <i>Mohon jelaskan</i> ✎	Tidak <input type="checkbox"/>
Apakah Anda memiliki kekhawatiran tentang pendengaran anak Anda?	Ya <input type="checkbox"/> → <i>Mohon jelaskan</i> ✎	Tidak <input type="checkbox"/>

4. Tanda tangan *Mohon tanda tangani kotak di bawah dan serahkan formulir yang sudah diisi lengkap ini ke [nama koordinator/sekolah/lembaga]*

Nama orang tua/pengasuh ✎	Hubungan dengan anak ✎
Tanda tangan orang tua/pengasuh ✎	Tanggal ✎