



[Логотип поставщика услуг]	Координатор скрининга:
	Дата скрининга:
	Место проведения:

Почему важно проходить скрининг?

Зрение и слух вашего ребенка очень важны для успешной учебы. Всемирная организация здравоохранения рекомендует, чтобы все дети проходили проверку зрения и слуха подготовленными специалистами.

Что будет происходить во время скрининга?

Во время скрининга вашему ребенку проверят зрение и слух. Сотрудник, осуществляющий скрининг, проведет осмотр глаз и ушей вашего ребенка, чтобы проверить их здоровье. Скрининг не вызывает болезненных ощущений, и вашему ребенку не будут давать никаких лекарств.

Нужно ли что-то подготовить заранее?

Если ваш ребенок носит очки, их необходимо принести с собой в день скрининга.

Что произойдет после скрининга?

Вам сообщат о результатах обследования и о том, нужно ли предпринять какие-либо дополнительные действия. Результаты будут переданы координатору скрининга, который свяжется с вами, если понадобится сделать что-то еще.

Что нужно сделать с этой формой?

Внимательно прочитайте вопросы и ответьте на них, отметив галочкой соответствующий бокс ☐. Возможно, позднее вас попросят предоставить дополнительную информацию. Впишите краткий ответ в графы с изображением карандаша

1. Информация о ребенке	
Фамилия	Имя
Дата рождения	Пол: Мужской ☐ Женский ☐ Другое ☐
Адрес	
Школа	Класс
Информация о родителе/опекуне	
Фамилия	Имя
Телефон/email	
Языки, на которых вы говорите	

2. Согласие на сенсорный скрининг *Просьба отметить один из вариантов ответа*

Да, я даю согласие на скрининг зрения и слуха у моего ребенка и на то, чтобы результаты обследования были переданы школьному координатору скрининга ☐

→ *Перейдите к следующему разделу*

Нет, я отказываюсь от участия моего ребенка в скрининге зрения и слуха ☐ → *Просьба пояснить, почему* ✎

3. Предварительные вопросы к скринингу *Просьба ответить на эти вопросы, если в предыдущем разделе вы выбрали ответ «Да».*

Носит ли ваш ребенок очки?	Да ☐ → Для чего служат эти очки? Чтобы лучше видеть вдаль ☐ Чтобы лучше видеть вблизи ☐ Я не знаю ☐	Нет ☐
Пользуется ли ваш ребенок слуховым аппаратом?	Да ☐	Нет ☐
Есть ли у вашего ребенка диабет?	Да ☐	Нет ☐
Испытывает ли ваш ребенок боль, дискомфорт и/или сильный зуд в глазах?	Да ☐	Нет ☐
Вызывает ли у вас беспокойство зрение вашего ребенка?	Да ☐ → <i>Просьба пояснить</i> ✎	Нет ☐
Вызывает ли у вас беспокойство слух вашего ребенка?	Да ☐ → <i>Просьба пояснить</i> ✎	Нет ☐

4. Подпись *Просьба подписаться ниже и вернуть заполненную форму [вставить фамилию координатора/название школы/учреждения]*

Фамилия родителя/опекуна ✎	Кем вы приходитеесь ребенку ✎
Подпись родителя/опекуна ✎	Дата ✎