



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

Informasi tentang skrining

Formulir apa ini?

Anak Anda baru-baru ini mengikuti program skrining fungsi penglihatan dan pendengaran di sekolah. Hasil skrining tersebut disampaikan di bawah ini.

Apa yang perlu saya lakukan terkait formulir ini?

Mohon simpan formulir ini. Jika anak Anda dirujuk untuk pemeriksaan lanjutan, mohon formulir ini dibawa saat pemeriksaan lanjutan tersebut.

1. Informasi tentang anak	
Nama belakang:	Nama depan:
Tanggal lahir:	Jenis kelamin: Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/> Lainnya <input type="checkbox"/>
Alamat:	
Sekolah:	Kelas:

2. Penglihatan	
Baik <input type="checkbox"/>	Penglihatan anak Anda baik untuk usianya. Jika ada kekhawatiran/pertanyaan tentang kesehatan mata anak Anda, silahkan mengikutkan anak Anda dalam kegiatan skrining penglihatan dan kesehatan mata terdekat dalam waktu satu bulan ke depan.
Rujuk <input type="checkbox"/>	Anak Anda perlu diperiksa lebih lanjut oleh petugas layanan kesehatan mata. Mohon gunakan informasi di bawah ini untuk membuat janji temu. Anak Anda sebaiknya diperiksa lebih lanjut dalam waktu satu bulan sejak skrining.
	Alasan rujukan:
	Tujuan rujukan:
Tidak hadir <input type="checkbox"/>	Anak Anda tidak hadir dalam kegiatan skrining. Silakan meminta informasi lebih lanjut dari pihak sekolah.
Lanjutkan perawatan <input type="checkbox"/>	Anak Anda sedang menjalani perawatan oleh petugas profesional kesehatan mata. Kami merekomendasikan agar perawatan ini dilanjutkan.

3. Pendengaran	
Baik <input type="checkbox"/>	Pendengaran anak Anda baik untuk usianya. Jika ada kekhawatiran/pertanyaan tentang kesehatan telinga anak Anda, silahkan mengikutkan anak Anda dalam kegiatan skrining pendengaran dan kesehatan telinga terdekat dalam waktu satu bulan ke depan.
Rujuk <input type="checkbox"/>	Anak Anda perlu diperiksa lebih lanjut oleh petugas layanan kesehatan telinga. Mohon gunakan informasi di bawah ini untuk membuat janji temu. Anak Anda sebaiknya diperiksa lebih lanjut dalam waktu satu bulan sejak skrining.
	Alasan rujukan:

	Tujuan rujukan:
Tidak hadir <input type="checkbox"/>	Anak Anda tidak hadir dalam kegiatan skrining. Silakan meminta informasi lebih lanjut dari pihak sekolah.
Lanjutkan perawatan <input type="checkbox"/>	Anak Anda sedang menjalani perawatan oleh petugas profesional kesehatan telinga. Kami merekomendasikan agar perawatan ini dilanjutkan.

4. Informasi kontak <i>Jika membutuhkan informasi lebih lanjut, silakan hubungi koordinator skrining berikut</i>	
Koordinator skrining:	Tanda tangan:
Nomor telepon:	
Alamat <i>email</i> :	Tanggal:

Kiat-kiat menjaga kesehatan mata dan telinga

Anak Anda sebaiknya:



- Rutin memeriksakan mata dan telinga
- Memakai kacamata hitam dan topi lebar saat di luar ruangan
- Menggunakan pelindung telinga di tempat yang sangat bising
- Menghabiskan waktu beraktivitas di luar ruangan setidaknya 90 menit setiap hari untuk mengurangi risiko gangguan penglihatan.
- Sering beristirahat saat menggunakan gawai atau membaca dalam jarak dekat. Ikuti aturan 20-20-20 dengan cara setiap 20 menit beristirahat selama 20 detik dan melihat benda yang berjarak 20 kaki/6 meter, untuk mengurangi ketegangan mata dan sakit kepala
- Mencuci tangan sebelum menyentuh mata dan telinga
- Menggunakan handuk masing-masing
- Tidak menggosok mata dengan kasar
- Memeriksa telinga jika batuk pilek anak tidak kunjung sembuh atau ada nanah/cairan keluar dari mata atau telinga
- Mendapatkan vaksin lengkap, terutama untuk campak, rubela, gondongan, dan meningitis.

Anak Anda sebaiknya tidak:



- Berenang atau mandi di air yang kotor
- Memasukkan benda ke dalam telinga, termasuk korek telinga katun (*cotton bud*) atau lilin untuk membersihkan kotoran telinga
- Menggunakan obat mata atau telinga milik orang lain atau tanpa resep dokter.