



[Логотип поставщика услуг]	Фамилия сотрудника, проводящего скрининг ✎
	Дата скрининга ✎
	Место проведения ✎

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 говорит родитель/опекун ✎
Согласие: Да ☐ Нет ☐	

2. Предварительные вопросы к скринингу Скопируйте информацию из заполненной Формы согласия.		Результат
Носит ли ребенок очки? Да ☐ Нет ☐	Да → Для чего он/она использует очки?	Нет → Продолжайте Да и в ходе скрининга выявлена проблема ➡ Направление на дообследование к специалистам по оказанию офтальмологической помощи в службу, где ребенок уже наблюдается ☐
	Чтобы лучше видеть вдаль ☐	→ Попросите ребенка остаться в очках во время скрининга ☐
	Чтобы лучше видеть вблизи ☐	→ Попросите ребенка не надевать очки во время скрининга ☐
	Неизвестно ☐	
Использует ли ребенок слуховые аппараты? Да ☐ Нет ☐		Нет → Продолжайте ☐ Да и в ходе скрининга выявлена проблема ➡ Направление на дообследование к специалистам по оказанию отоларингологической помощи в службу, где ребенок уже наблюдается ☐
Есть ли у ребенка диабет? Да ☐ Нет ☐		Ответ Нет на оба вопроса → Продолжайте ☐ Ответ Да на любой из двух вопросов ➡ Направление на дообследование к специалистам по оказанию офтальмологической помощи ☐
Боль / дискомфорт / сильный зуд в одном или обоих глазах. Да ☐ Нет ☐		
Обеспокоенность по поводу зрения ребенка? Да ☐ Нет ☐		Ответ Нет на оба вопроса → Продолжайте ☐ Ответ Да на любой из двух вопросов → Продолжайте. Если результат в пределах нормы, организуйте дополнительную проверку ☐
Обеспокоенность по поводу слуха ребенка? Да ☐ Нет ☐		

3. Проверка зрения вдаль			
Таблица:	8 лет и младше ☐ → таблица HOTV Старше 8 лет ☐ → таблица с Е-образными оптотипами		
Очки:	Если ребенок носит очки для дали, взял ли он их сегодня с собой?		Да ☐ Нет ☐
Правый глаз: Верхняя строка	Результат	Правый глаз: Нижняя строка	Результат
Ребенок правильно определяет 2 буквы или более в верхней строке: Да ☐ Нет ☐	Да → Перейдите к разделу Нижняя строка Нет → Перейдите к разделу Левый глаз	Ребенок правильно определяет 3 буквы или более в нижней строке: Да ☐ Нет ☐	Ответ Да на оба вопроса → В норме ☐ Ответ Нет на любой из вопросов → Направление на дообследование ☐
Левый глаз: Верхняя строка	Результат	Левый глаз: Нижняя строка	Результат
Ребенок правильно определяет 2 буквы или более в верхней строке: Да ☐ Нет ☐	Да → Перейдите к разделу Нижняя строка Нет → Перейдите к разделу Проверка здоровья глаз	Ребенок правильно определяет 3 буквы или более в нижней строке: Да ☐ Нет ☐	Ответ Да на оба вопроса → В норме ☐ Ответ Нет на любой из двух вопросов → Направление на дообследование ☐

4. Проверка здоровья глаз Осмотрите оба глаза, используя фонарик.			Результат
Выглядят ли здоровыми оба глаза? Да ☐ Нет ☐	Нет → Почему?		Да → В норме ☐ Нет → Направление на дообследование ☐
	Корки или гной на веках/ресницах	☐	
	Покраснение глазного белка	☐	
	Выделения из глаза	☐	
	Мутная/молочнистая радужка	☐	
	Глаза смотрят в разные стороны	☐	
	Другое	☐	

5. Проверка слуха												
Тренировочная проверка									Результат			
Слышит ли ребенок звук частотой 1000 Гц и громкостью 40 дБ?	Правое ухо: Да ☐ Нет ☐								Ответ Да на оба вопроса → В норме ☐ Ответ Нет на любой из двух вопросов → Направление на дообследование ☐ Прекратите проверку слуха и → Перейдите к проверке здоровья ушей.			
	Левое ухо: Да ☐ Нет ☐											
Комплексная проверка									Результат			
Проставьте отметку, если ребенок слышит звук громкостью 20 дБ									Две или более отметки в отношении каждой частоты для обеих ушей → В норме ☐ Меньше двух отметок в отношении любой из частот и любого уха → Направление на дообследование ☐			
	1000 Гц				2000 Гц					4000 Гц		
Правое ухо	☐	☐	☐		☐	☐	☐			☐	☐	☐
Левое ухо	☐	☐	☐		☐	☐	☐			☐	☐	☐

6. Проверка здоровья ушей	
Наружное ухо Осмотрите каждое ухо без использования приборов.	Результат
Выглядят ли	Нет → Почему?

здоровыми оба уха? Да ☐ Нет ☐	Повреждение / шрамы / травма	☐	Да → В норме ☐ Нет ↗ Направление на дообследование ☐
	Отсутствие или значительная деформация ушной раковины или слухового канала	☐	
	Отечность	☐	
	Изменение цвета	☐	
	Выделения	☐	
Испытывает ли ребенок боль, когда вы нажимаете на козелок?	Левое: Да ☐ Нет ☐		Ответ Нет на оба вопроса → В норме ☐ Ответ Да на любой из двух вопросов → Прекратите проверку здоровья ушей ↗ Направление на дообследование ☐
	Правое: Да ☐ Нет ☐		
Внутри уха (слуховой проход и барабанная перепонка) Осмотрите каждое ухо с помощью отоскопа.			Результат
Выглядят ли здоровыми оба уха? Да ☐ Нет ☐	Нет → Почему?		Да → В норме ☐ Нет ↗ Направление на дообследование ☐
	Боль	☐	
	Отечность	☐	
	Покраснение	☐	
	Выделения	☐	
	Проход заблокирован (сера или инородное тело)	☐	
	Повреждение / травма	☐	
	Другое	☐	
Выглядят ли здоровыми обе барабанные перепонки? Да ☐ Нет ☐	Нет → Почему?		Да → В норме ☐ Нет ↗ Направление на дообследование ☐
	Барабанную перепонку не видно	☐	
	Отечность и/или покраснение барабанной перепонки	☐	
	Перфорация	☐	

7. Планирование		
Результаты	Планирование	
Отсутствовал(а) на скрининге	Запланируйте скрининг повторно	☐
Все результаты в норме	Проинформируйте родителей о результатах с использованием Формы уведомления	☐
	Родители/опекуны выразили обеспокоенность	
	Проведите беседу с родителями	☐
	Организуйте повторную проверку	☐
Результаты, предполагающие направление на дообследование, которые касаются: - предварительных вопросов к скринингу - проверки зрения - проверки здоровья глаз - проверки слуха - проверки здоровья ушей	Обсудите с родителями/опекунами необходимость направления на дальнейшее обследование.	☐
	Ребенок уже носит очки или слуховой аппарат	
	Попросите родителя/опекуна отвести ребенка на прием к специалисту, у которого ребенок уже наблюдается	☐
	Отправьте Форму уведомления	☐
	Введите информацию в Список направлений на дальнейшее обследование	☐
	Направьте информацию координатору скрининга	☐