



مُنَسَّق الفحص:	[شعار مقدم الخدمة]
تاريخ الفحص:	
المكان:	

ما أهميّة الفحص؟

يُتَّسَم إِبْصَار طفلك وسمعُه بأهميّة بالغة لتعلُّمِه. وتوصي منظمة الصحة العالمية بأن يتم فحص الإِْبْصَار والسمع لكلِّ طفل من قِبَل مختصِّين مدربِّين.

ماذا سيحدث أثناء الفحص؟

أثناء الفحص، سيتم اختبار الإِْبْصَار والسمع لطفلك. وسيُنظَر شخص ما عن كثب إلى عينيِّ طفلك وأذنيه للتحقُّق من سلامة كلِّ منها. ولن يُعطى أيِّ دواء لطفلك، كما لن يكون الفحص مؤلماً له.

ماذا يجب عليّ تحضيره؟

إذا كان طفلك يرتدي نظارة طبّيّة، سيحتاج إلى إحضارها في يوم الفحص.

ماذا سيحدث بعد الفحص؟

سيتمّ إبلاغك بالنتائج وما إذا كانت هناك حاجة إلى إجراء ما. وستتمّ مشاركة النتائج مع مُنَسَّق الفحص الذي سيتصل بك إذا كان يلزم اتّخاذ إجراء.

كيف أستخدم هذا النموذج؟

يُرجى قراءة الأسئلة بعناية والتأشير بعلامة داخل المربّع □ للإجابة. وقد يُطلَب منك تقديم مزيد من المعلومات. يُرجى كتابة إجابة قصيرة حيثما ترى علامة القلم ✍.

1- معلومات عن الطفل	
اسم العائلة ✍	الاسم الأوّل ✍

تاريخ الميلاد ✎		الجنس: ذكر <input type="checkbox"/> أنثى <input type="checkbox"/> غير ذلك <input type="checkbox"/>
العنوان ✎		
المدرسة ✎		الصف ✎
تفاصيل وليّ الأمر/مُقدّم الرعاية		
اسم العائلة ✎		الاسم الأول ✎
الهاتف/البريد الإلكتروني ✎		
لغة التخاطب ✎		

2- الموافقة على فحص الوظائف الحسيّة يُرجى التأشير بعلامة على إجابة واحدة	
نعم، أوافق على فحص الإبصار والسمع لطفلي ومشاركة النتائج مع مُنَبِّق الفحص المدرسي <input type="checkbox"/> ← المتابعة إلى القسم التالي	
لا، أرفض فحص الإبصار والسمع لطفلي <input type="checkbox"/> ← يُرجى توضيح السبب ✎	

3- أسئلة الفحص الأولي يُرجى الإجابة في حالة اختيار "نعم" أعلاه.		
هل يرتدي طفلك نظارة طبيّة؟	نعم <input type="checkbox"/> ← ما الغرض من استخدام النظارة؟ رؤية الأشياء البعيدة <input type="checkbox"/> رؤية الأشياء القريبة <input type="checkbox"/> لا أعلم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
هل يستخدم طفلك مُعينات سمعيّة؟	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
هل طفلك مصاب بالسكّري؟	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
هل يعاني طفلك حالياً من أيّ ألم و/أو إجهاد و/أو حكة شديدة في العين؟	نعم <input type="checkbox"/>	لا <input type="checkbox"/>
هل لديك أيّ مخاوف بشأن إبصار طفلك؟	نعم <input type="checkbox"/> ← يُرجى التوضيح ✎	لا <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> لا	<input type="checkbox"/> نعم ← <i>يُرجى التوضيح</i>	هل لديك أيّ مخاوف بشأن سمع طفلك؟
-----------------------------	---	-------------------------------------

4- التوقيع <i>يُرجى التوقيع أدناه وإعادة هذا النموذج بعد إكماله إلى [يُرجى إدخال اسم المُنَسِّق/المدرسة/اسم المنشأة]</i>	
الصلة بالحالة <i>☞</i>	اسم وليّ الأمر/مُقَدِّم الرعاية <i>☞</i>
التاريخ <i>☞</i>	اسم وليّ الأمر/مُقَدِّم الرعاية <i>☞</i>