



ر

اسم الفاحص	[شعار مقدم الخدمة]
تاريخ الفحص:	
المكان:	

1- معلومات حول الطفل	
اسم العائلة:	الاسم الأول:
تاريخ الميلاد:	الجنس: ذكر ☐ أنثى ☐ غير ذلك ☐
العنوان	
المدرسة	الصف
تفاصيل الوالدين/مقدم الرعاية	
اسم العائلة:	الاسم الأول:
الهاتف/البريد الإلكتروني	لغات التخاطب:
موافقة: نعم ☐ لا ☐	

2- أسئلة الفحص الأولي / نسخ المعلومات من نموذج الموافقة المستوفى.		النتيجة
هل يرتدي الطفل نظارة طبية؟ ☐ نعم ☐ لا	نعم ← ما الغرض من استخدام النظارة؟	لا ← استمر نعم وحُدِّثت مشكلة أثناء الفحص → إحالة إلى مختصين خدمة رعاية صحّة العيون التي يستخدمها الطفل بالفعل ☐
	رؤية الأشياء البعيدة	← اطلب من الطفل ارتداء نظارة للفحص ☐
	رؤية الأشياء القريبة	← اطلب من الطفل عدم ارتداء نظارة للفحص ☐
	لا أدري	

هل يستخدم الطفل أحد المُعينات السمعية؟ ☐ نعم ☐ لا	لا ← استمر ☐ نعم وحُدِّدت مشكلة أثناء الفحص ➔ إحالة إلى مختصين خدمة رعاية صِحَّة الأذن التي يستخدمها الطفل بالفعل ☐
هل الطفل مصاب بالسَّكْرِي؟ ☐ نعم ☐ لا	لا لكليهما ← استمر ☐ نعم لأَيُّهما ➔ إحالة إلى مختصين رعاية صِحَّة العيون ☐
ألم/إجهاد/حكة شديدة في عين/عيني الطفل. ☐ نعم ☐ لا	
مخاوف بشأن إبصار الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا	لا لكليهما ← استمر ☐ نعم لأَيُّهما ← استمر. إذا اجتاز الطفل نتيجة الاختبار بنجاح رَتَّب فحصاً للمتابعة ☐
مخاوف بشأن سمع الطفل؟ ☐ نعم ☐ لا	

3- فحص الرؤية عن بعد			
مُخَطَّط اختبار الرؤية: 8 سنوات فأقلَّ ☐ ← HOTV أكبر من 8 سنوات ☐ ← مخطَّط اختبار الرؤية E			
النظارات الطبية: إذا كان الطفل يرتدي نظارة للرؤية عن بعد، هل يرتديها اليوم؟ ☐ نعم ☐ لا			
العين اليمنى: السطر العلوي	النتيجة	العين اليمنى: السطر السفلي	النتيجة
يطابق الطفل حرفين أو أكثر بشكل صحيح في السطر العلوي: ☐ نعم ☐ لا	نعم ← استمر السطر السفلي لا ← استمر إلى العين اليسرى	يطابق الطفل 3 أحرف أو أكثر بشكل صحيح في السطر السفلي: ☐ نعم ☐ لا	نعم لكليهما ← اجتياز الاختبار بنجاح ☐ لا لأَيٍّ منهما ➔ إحالة ☐
العين اليسرى: السطر العلوي	النتيجة	العين اليسرى: السطر السفلي	النتيجة
يطابق الطفل حرفين أو أكثر بشكل صحيح في السطر العلوي: ☐ نعم ☐ لا	نعم ← استمر السطر السفلي	يطابق الطفل 3 أحرف أو أكثر بشكل صحيح في السطر السفلي: ☐ نعم ☐ لا	نعم لكليهما ← اجتياز الاختبار بنجاح

☐ لا لأيّ منهما ➤ إحالة ☐	السفلي: نعم ☐ لا ☐	لا → استمرّ إلى فحص صحّة العين	العلوي: نعم ☐ لا ☐
---	---	-----------------------------------	---

4- فحص صحّة العين انظر في كلّ عين بكشاف .		النتيجة
هل تبدو كلتا العينين سليمتين؟ نعم ☐ لا ☐	لا → لماذا؟	نعم ← اجتياز الاختبار
	قشرة أو صديد على جفون/أهداب العين	بنجاح ☐
	لون أحمر على بياض العين	لا ➤ إحالة ☐
	إفرازات من العين	
	الجزء الملون من العين غير صافٍ/بلون الحليب	
	العينان لا تنظران في نفس الاتجاه	
	غير ذلك	

5- فحص السمع			
ممارسة الفحص		النتيجة	
هل يسمع الطفل صوتاً عند 1000 هرتز و40 ديسيبل؟	الأذن اليمنى: نعم ☐ لا ☐	نعم لكليهما ← اجتياز الاختبار بنجاح	
	الأذن اليسرى: نعم ☐ لا ☐	لا لأيّ منهما ➤ إحالة أوقف فحص السمع واستمرّ إلى فحص صحّة الأذن. ☐	
فحص كامل		النتيجة	
ضع علامة إذا سمع الطفل صوتاً بمستوى 20 ديسيبل		علامتان أو أكثر لكلّ تردّد بـكلتا الأذنين ← اجتياز الاختبار بنجاح ☐ أقلّ من علامتين لأيّ تردّد بأيّ من الأذنين ➤ إحالة ☐	
1000 هرتز	2000 هرتز	4000 هرتز	

☐ نعم ← اجتياز الاختبار بنجاح ☐ لا ➔ إحالة	لا لماذا؟		هل تبدو كلتا طبلتي الأذن سليمتين؟ ☐ نعم ☐ لا
	☐	لا يمكن رؤية طبلة الأذن	
	☐	تورم / أو احمرار في طبلة الأذن	
	☐	فجوات (ثقوب)	

7- وضع خطة		
النتائج	الخطة	
لم يحضر	تحديد موعد آخر للفحص	☐
	إبلاغ الوالدين بالنتائج باستخدام نموذج الإخطار	☐
	مخاوف لدى الوالدين/مقدم الرعاية	
	نقاش مع الوالدين	☐
	ترتيب فحص للمتابعة	☐
نتيجة إحالة لأي من:	نقاش الحاجة إلى الإحالة مع الوالدين/مقدمي الرعاية	☐
	الطفل يستخدم بالفعل نظارات طبية أو مُعينات سمعية	
	اطلب من الوالدين/القائم على الرعاية اصطحاب الطفل إلى مُقدم الخدمة الحالي	☐
	أرسل نموذج الإخطار	☐
	أدخل المعلومات في قائمة الإحالة للمتابعة	☐
	شارك المعلومات مع مُنسق الفحص	☐
	• أسئلة الفحص الأولي • فحص الرؤية • فحص صحة العين • فحص السمع • فحص صحة الأذن.	