



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 وحُدِدَت مشكلة أثناء الفحص ➡ إحالة إلى مختصين خدمة رعاية صِحَّة الأذن التي يستخدمها الطفل بالفعل ☐
هل الطفل مصاب بالسكّري؟ نعم ☐ لا ☐	لا لكليهما ☐ استمر ☐ نعم لأيهما ☐ 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 لأيهما ☐ 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 فأقل ☐ ← 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 يطابق الطفل حرفين أو أكثر بشكل صحيح في السطر العلوي: نعم ☐ لا ☐	العين اليمنى: السطر السفلي النتيجة يطابق الطفل 3 أحرف أو أكثر بشكل صحيح في السطر السفلي: نعم ☐ لا ☐	النتيجة نعم ☐ استمر ☐ السطر السفلي لا ☐ استمر إلى العين اليسرى	نعم لكليهما ☐ اجتياز الاختبار بنجاح ☐ لا لأيٍ منهما ☐ إحالة ☐
العين اليسرى: السطر العلوي النتيجة يطابق الطفل حرفين أو أكثر بشكل صحيح في السطر العلوي: نعم ☐ لا ☐	العين اليسرى: السطر السفلي النتيجة يطابق الطفل 3 أحرف أو أكثر بشكل صحيح في السطر السفلي: نعم ☐ لا ☐	النتيجة نعم ☐ استمر ☐ السطر السفلي	نعم لكليهما ☐ اجتياز الاختبار بنجاح ☐

العلوي: نعم ☐ لا ☐	لا → استمر إلى فحص صحة العين السفلي: نعم ☐ لا ☐	☐ لا لأي منهما → إحالة ☐
---	--	--

4- فحص صحة العين انظر في كل 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				
مُمارسة الفحص			النتيجة	
هل يسمع الطفل صوتاً عند 1000 هرتز و40 ديسيبل؟			الأذن اليمنى: نعم ☐ لا ☐	
			الأذن اليسرى: نعم ☐ لا ☐	
			نعم لكليهما ← اجتياز الاختبار بنجاح ☐	
			لا لأيٍ 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 طبلي 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.	