



رضامندی فارم

خدمات سرانجام دینے والے ادارے کا مونو گرام	رابطہ کار برائے معائنہ:
	معائنے کی تاریخ:
	مقام (جگہ):

معائنہ کیوں ضروری ہے؟

آپ کے بچے کی بصارت اور سماعت، ان کے سیکھنے کے لیے بہت اہم ہیں۔ عالمی ادارہ صحت تجویز کرتا ہے کہ ہر بچے کی بصارت اور سماعت کا معائنہ تربیت یافتہ عملے سے کروایا جائے۔

معائنے کے دوران کیا ہوگا؟

معائنے کے دوران، آپ کے بچے کی بصارت اور سماعت کا معائنہ کیا جائے گا۔ کوئی ماہر آپ کے بچے کی آنکھوں اور کانوں کا بغور معائنہ کرے گا تاکہ یہ یقینی بنایا جاسکے کہ وہ صحت مند ہیں۔ اس عمل کے دوران کوئی دوا استعمال نہیں کی جائے گی، اور یہ آپ کے بچے کے لیے تکلیف دہ نہیں ہوگا۔

مجھے اس سلسلے میں کیا تیاری کرنا ہوگی؟

اگر آپ کا بچہ چشمہ پہنتا ہے، تو اسے معائنے کے دن ساتھ لانا ہوگا۔

اسکریننگ کے بعد کیا ہوگا؟

آپ کو نتائج سے آگاہ کیا جائے گا اور اگر کسی کارروائی کی ضرورت ہوئی تو آپ کو مطلع کیا جائے گا۔ نتائج رابطہ کار برائے معائنہ کو بھی فراہم کیے جائیں گے، اگر مزید کسی کارروائی کی ضرورت ہوئی تو وہ آپ سے رابطہ کریں گے۔

میں اس فارم کو کیسے استعمال کروں؟

براہ کرم سوالات کو غور سے پڑھیں اور جواب دینے کے لیے ڈبے ☐ میں نشان لگائیں۔ آپ سے مزید معلومات درخواست کی جاسکتی ہیں۔ جہاں آپ کو پینل کا نشان نظر آئے، وہاں مختصر جواب تحریر کریں۔

1. بچے کے بارے میں معلومات	
دیا گیا نام:	خاندانی نام:

جنس: ☐ مرد ☐ عورت ☐ دیگر	تاریخ پیدائش:
پتہ:	
جماعت:	سکول:
والدین / سرپرست سے متعلق معلومات:	
دیا گیا نام:	خاندانی نام:
فون نمبر / ای میل:	
زبان برائے رابطہ:	

2. بصارت اور سماعت کے معائنے کے لیے رضامندی، درج ذیل میں سے ایک کا انتخاب کریں۔
ہاں، میں اپنے بچے کی بصارت اور سماعت کے معائنے کے لیے رضامند ہوں اور نتائج اسکول کے رابطہ کار برائے معائنہ کو فراہم کرنے کی اجازت ☒ دیتا ہوں ☐ برائے کرم اگلے حصے کی طرف بڑھیں۔
نہیں، میں اپنے بچے کی بصارت اور سماعت کے معائنے سے انکار ☒ کرتا / کرتی ہوں ☐

3. معائنے سے پہلے سوالات: اگر آپ نے اوپر "ہاں" منتخب کیا ہے تو جواب دیں۔		
کیا آپ کا بچہ چشمہ پہنتا ہے؟	ہاں ☐ ← چشمہ کس مقصد کے لیے استعمال ہوتا ہے؟ دور کی چیزیں دیکھنے کے لیے ☐ قریب کی چیزیں دیکھنے کے لیے ☐ معلوم نہیں ☐	نہیں ☐
کیا آپ کا بچہ آلہ سماعت استعمال کرتا ہے؟	ہاں ☐	نہیں ☐
کیا آپ کے بچے کو ذیابیطس ہے؟	ہاں ☐	نہیں ☐

☐ ہاں ☐ نہیں	☐ ہاں ☐ نہیں	کی آپ کے بچے کو اس وقت آنکھوں میں کوئی درد، تکلیف یا شدید خارش ہے؟
☐ ہاں ☐ نہیں	☐ ہاں ☐ نہیں	کیا آپ کو اپنے بچے کی بصارت کے حوالے سے کوئی تشویش ہے؟
☐ ہاں ☐ نہیں	☐ ہاں ☐ نہیں	کیا آپ کے اپنے بچے کی سماعت کے حوالے سے کوئی تشویش ہے؟
2. دستخط: نیچے دی گئی جگہ پر دستخط کریں اور مکمل شدہ فارم درج ذیل افراد (رابطہ کار کا نام / سکول / ادارے کا نام) کے پاس جمع کروائیں۔		
والدین / سرپرست کا نام:	بچے سے رشتہ:	
والدین / سرپرست کے دستخط:	تاریخ:	