



معائنہ فارم

خدمات سرانجام دینے والے ادارے کا مونوگرام	معائنہ کرنے والے کا نام: <input type="text"/>
	معائنے کی تاریخ: <input type="text"/>
	مقام (جگہ): <input type="text"/>

1. بچے کے بارے میں معلومات:	
خاندانی نام: <input type="text"/>	دیا گیا نام: <input type="text"/>
تاریخ پیدائش: <input type="text"/>	جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> عورت <input type="checkbox"/> دیگر <input type="checkbox"/>
پتہ: <input type="text"/>	
سکول: <input type="text"/>	جماعت: <input type="text"/>
والدین / سرپرست سے متعلق معلومات:	
خاندانی نام: <input type="text"/>	دیا گیا نام: <input type="text"/>
زبان برائے رابطہ: <input type="text"/>	فون نمبر / ای میل: <input type="text"/>
	رضامندی: <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>

2. قبل از معائنہ سوالات رضامندی فارم سے معلومات یہاں نقل کریں۔	
نتیجہ	
نہیں ← جاری رکھیں۔ ہاں اور دوران معائنہ مسئلہ پایا گیا ہے (بچے کو پہلے سے سہولیات مہیا کرنے والے ماہر امراض چشم کے پاس بھجوادیں) <input type="checkbox"/>	ہاں ← عینک کس مقصد کے لیے استعمال ہوتی ہے؟ کیا بچہ عینک استعمال کرتا ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
بچے سے کہیں کہ وہ دوران معائنہ عینک پہن لے <input type="checkbox"/>	دور کی چیزوں کو دیکھنے کے لیے۔ <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں بچے ← سے کہیں کہ وہ دورانِ معائنہ عینک نہ پہننے <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	نزدیک کی چیزوں کو دیکھنے کے لیے۔	
	<input type="checkbox"/>	معلوم نہیں	
نہیں ← جاری رکھیں۔ ہاں اور دورانِ معائنہ مسئلہ پایا گیا ہے <input type="checkbox"/> بچے کو پہلے سے سہولیات مہیا کرنے والے ماہر امراضِ سماعت کے پاس بھجوادیں <input type="checkbox"/>	کیا بچہ آلہ سماعت استعمال کرتا ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں		
نہیں دونوں صورتوں میں ← جاری رکھیں <input type="checkbox"/> ہاں (کسی ایک صورت میں بھی) <input type="checkbox"/> ماہر امراضِ چشم کے پاس بھجوادیں <input type="checkbox"/>	کیا بچے کو ذیابیطس ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں		
	کیا بچے کو آنکھوں میں درد / تکلیف / شدید خارش ہے۔ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں		
نہیں دونوں صورتوں میں ← جاری رکھیں <input type="checkbox"/> ہاں (کسی ایک صورت میں بھی) <input type="checkbox"/> جاری رکھیں۔ اگر بچہ کامیاب ہو جاتا ہے تو دوبارہ معائنے کا اہتمام کریں۔	کیا بچے کی بینائی پر تشویش ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں		
	کیا بچے کی سماعت پر تشویش ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں		

3. دور کی بینائی کا معائنہ			
چارٹ		8 سال اور کم عمر <input type="checkbox"/> ← HOTV / 8 سال سے زائد عمر <input type="checkbox"/> ← E چارٹ	
عینک		اگر بچہ دور کی نظر کے لیے عینک پہنتا ہے تو کیا اُس نے آج عینک پہنی ہے؟ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	
اوپر والی سطر: دائیں آنکھ		نیچے والی سطر: دائیں آنکھ	
نتیجہ		نتیجہ	
بچے نے اوپر والی سطر سے دو یا زیادہ حروف کا درست انتخاب کیا۔ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں		ہاں ← نیچے والی سطر پڑھائیں۔ نہیں ← آنکھوں کی صحت کا معائنہ کریں۔	
ہاں (دونوں کے لیے) پاس ← <input type="checkbox"/> نہیں (کسی ایک کے لیے بھی) <input type="checkbox"/> ریفر		بچے نے نیچے والی سطر میں تین یا زائد حروف کا درست انتخاب کیا۔ <input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں	

نتیجہ	نیچے والی سطر: بائیں آنکھ	نتیجہ	اوپر والی سطر: بائیں آنکھ
<p>ہاں (دونوں کے لیے) پاس ← □</p> <p>نہیں (کسی ایک کے لیے بھی) ریفر □</p>	<p>بچے نے نیچے والی سطر میں تین یا زائد حروف کا درست انتخاب کیا۔</p> <p>ہاں □ نہیں □</p>	<p>ہاں ← نیچے والی سطر پڑھائیں۔</p> <p>نہیں ← آنکھوں کی صحت کا معائنہ کریں۔</p>	<p>بچے نے اوپر والی سطر سے دو یا زیادہ حروف کا درست انتخاب کیا۔</p> <p>ہاں □ نہیں □</p>

نتیجہ	4. آنکھوں کی صحت کا معائنہ، ہر آنکھ کو ٹارچ کی مدد سے دیکھیں	
<p>ہاں ← پاس □</p> <p>نہیں ← ریفر □</p>	نہیں ← کیوں؟	
	□	پلکوں پر پیپ یا پچڑی
	□	آنکھ کے سفید حصے پر سرخی
	□	آنکھ سے مواد کا اخراج
	□	آنکھ کا رنگین حصہ دھندلا / دودھیلا
	□	دونوں آنکھیں ایک ہی سمت میں نہ دیکھ رہی ہوں
	□	دیگر

5. سماعت کا معائنہ																												
نتیجہ	معائنے کی عملی مشق																											
<p>ہاں (دونوں کے لیے) پاس ← □</p> <p>نہیں (کسی ایک کے لیے بھی) ریفر □</p> <p>سماعت کی جانچ روک دیں اور ← کان کی صحت کا معائنہ کریں۔</p>	<p>کیا بچہ 1000 ہرٹز اور 40 ڈیسی بل پر آواز سن سکتا ہے؟</p> <p>دایاں کان □ ہاں □ نہیں □</p> <p>بایاں کان □ ہاں □ نہیں □</p>																											
	مکمل معائنہ																											
<p>ہر فریکوئنسی پر دونوں کانوں کے لیے دو یا زیادہ نشان (✓) ← پاس □</p> <p>کسی بھی فریکوئنسی پر دونوں کانوں کے لیے دو سے کم نشان (✓) ← ریفر □</p>	<p>اگر بچہ 20 ڈیسی بل پر آواز سنتا ہے تو تک ✓ کا نشان لگائیں۔</p> <table border="1"> <tr> <th colspan="3">4000 ہرٹز</th> <th colspan="3">2000 ہرٹز</th> <th colspan="3">1000 ہرٹز</th> </tr> <tr> <td>□</td><td>□</td><td>□</td> <td>□</td><td>□</td><td>□</td> <td>□</td><td>□</td><td>□</td> </tr> <tr> <td>□</td><td>□</td><td>□</td> <td>□</td><td>□</td><td>□</td> <td>□</td><td>□</td><td>□</td> </tr> </table>	4000 ہرٹز			2000 ہرٹز			1000 ہرٹز			□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
	4000 ہرٹز			2000 ہرٹز			1000 ہرٹز																					
	□	□	□	□	□	□	□	□	□																			
□	□	□	□	□	□	□	□	□																				
دایاں کان																												
بایاں کان																												

6. کان کی صحت کا معائنہ

نتیجہ		بیرونی کان: ہر کان کو آنکھوں سے دیکھیں۔	
<input type="checkbox"/> ہاں ← پاس <input type="checkbox"/> نہیں ← ریفر	<input type="checkbox"/>	نہیں ← کیوں؟	کیا دونوں کان صحت مند نظر آ رہے ہیں؟
	<input type="checkbox"/>	چوٹ / نشان / زخم	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
	<input type="checkbox"/>	پنّا (Pinna) یا کان کی نالی موجود نہیں یا شکل میں بہت مختلف ہے۔	
	<input type="checkbox"/>	سوجن	
	<input type="checkbox"/>	رنگ میں تبدیلی	
	<input type="checkbox"/>	مواد کا اخراج	
<input type="checkbox"/> ہاں (دونوں کے لیے) ← پاس <input type="checkbox"/> نہیں (کسی ایک کے لیے بھی) ← کانوں کی صحت کا معائنہ ترک کر دیں اور ← ریفر	<input type="checkbox"/>	بایاں: ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>	جب آپ کان سے باہر ابھری ہوئی سطح (Tragus) کو دباتے ہیں تو کیا بچہ درد محسوس کرتا ہے؟
	<input type="checkbox"/>	دایاں: ہاں <input type="checkbox"/> نہیں <input type="checkbox"/>	
نتیجہ		اندرونی کان (Ear Canal and Ear Drum) اوٹوسکوپ (Otoscope) سے دونوں کانوں کا معائنہ کریں۔	
<input type="checkbox"/> ہاں ← پاس <input type="checkbox"/> نہیں ← ریفر	<input type="checkbox"/>	نہیں ← کیوں؟	کیا دونوں کان صحت مند نظر آ رہے ہیں؟
	<input type="checkbox"/>	درد	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
	<input type="checkbox"/>	سوجن	
	<input type="checkbox"/>	سرخی	
	<input type="checkbox"/>	مواد کا اخراج	
	<input type="checkbox"/>	کان کی نالی بند (Wax or Foreign body)	
	<input type="checkbox"/>	چوٹ یا زخم	
	<input type="checkbox"/>	دیگر	
<input type="checkbox"/> ہاں ← پاس <input type="checkbox"/> نہیں ← ریفر	<input type="checkbox"/>	نہیں ← کیوں؟	کیا دونوں کانوں کے پردے صحت مند نظر آ رہے ہیں۔
	<input type="checkbox"/>	پردہ نظر نہیں آ رہا	<input type="checkbox"/> ہاں <input type="checkbox"/> نہیں
	<input type="checkbox"/>	پردے پر سوجن اور / یا سرخی	
<input type="checkbox"/>	سوراخ		

لائیو عمل		نتیجہ
<input type="checkbox"/>	معائنے کے لیے دوبارہ وقت رکھیں۔	حاضر نہیں ہوا۔
<input type="checkbox"/>	اطلاعی فارم کے ذریعے والدین کو نتائج سے آگاہ کریں۔	تمام نتائج میں کامیابی
والدین / سرپرست کے خدشات		
<input type="checkbox"/>	والدین / سرپرست سے گفتگو کریں۔	
<input type="checkbox"/>	دوبارہ معائنے کا اہتمام کریں۔	
<input type="checkbox"/>	والدین / سرپرست سے گفتگو کریں، بچے کو ماہرین کے پاس بھجوانے کے لیے۔	اگر نتیجہ "ریفر" ہو۔
بچہ پہلے سے ہی عینک یا آلہ سماعت استعمال کر رہا ہے۔		• قبل از معائنہ سوالات کی روشنی میں۔
<input type="checkbox"/>	والدین / سرپرست سے کہیں کہ جس جگہ سے بچہ پہلے سے سہولیات لے رہا ہے، وہیں لے جائیں۔	• بصارت کے معائنے کے بعد
<input type="checkbox"/>	اطلاعی فارم ساتھ بھیجیں۔	• آنکھوں کی صحت کے بعد
<input type="checkbox"/>	دوبارہ معائنہ کرنے والی فہرست میں معلومات درج کریں۔	• سماعت کی جانچ کے بعد
<input type="checkbox"/>	رابطہ کار برائے معائنہ کو معلومات فراہم کریں۔	• کانوں کی صحت کے معائنے کے بعد