

عزيزنا الوالد/ولي الامر:

اختبارات فحص البصر:

الملاحظة هي الشكل الذي تبدو عليه العينين بمجرد الفحص البصري
□ اجتاز بنجاح □ لم ينجح

حدة البصر هي حدة البصر في كل عين. لقد تم فحص ابنك باستخدام جدول على بعد
5 أقدام VIP 5 foot crowded Lea Chart.

العين اليمنى: □ اجتاز بنجاح □ لم ينجح

العين اليسرى: □ اجتاز بنجاح □ لم ينجح.

اختبار Stereo Smile والذي يحدد اذا كانت عيني طفلك تعمل بصورة جيدة سوياً.
وهذا يسمى الرؤية الثنائية.
□ اجتاز بنجاح □ لم ينجح

نتائج فحص البصر:

□ لقد اجتاز طفلك بنجاح اختبار النظر ولا يوجد شيء اخر يتعين القيام به في الوقت
الحالي. (تذكر، فحص النظر مصمم للكشف عن معظم مشاكل النظر الشائعة عند
الأطفال الصغار ولكنه لا يكشف عن كل مشاكل النظر او الأمراض. هذا الفحص لا
يحل محل فحص العين الشامل الذي يقوم به طبيب العيون او اختصاصي العيون. اذا
كان مازال لديك أسئلة او استفسارات، برجاء طلب مشورة من أخصائي عيون.)

□ لم يجتاز طفلك فحص العيون. (راجع الصفحة التالية لمعرفة الخطوات التي يجب
عليك اتخاذها لمساعدة طفلك).

□ لم يستطع طفلك اجراء فحص العيون للسبب التالي:

لقد حصل طفلك/طفلتك على فحص النظر. فحص النظر يستخدم لاكتشاف الأطفال الأكثر عرضة
لاحتمال وجود مشاكل بالعينين. فحص النظر لا يحل محل فحص العينين التام الذي يقوم به طبيب
العيون او اختصاصي العيون.

الأطفال الصغار الذين يعانون من مشاكل في النظر لا يعلمون ان الطريقة التي يرون بها العالم
ليست هي الطريقة التي يجب ان يرونها بها! بدون الكشف المبكر والعلاج، مشاكل النظر عند
الأطفال ممكن ان تؤدي الى فقدان دائم للنظر وصعوبات في التعلم.

اذا لم يكن طفلك قد اجتاز بنجاح فحص النظر اليوم، فمن المهم ان تقوم بالمتابعة وأخذ موعد لطفلك
لعمل اختبار نظر كامل. الخطوات التي يجب اتباعها:

1. قم بأخذ موعد لعمل فحص للعين لطفلك مع طبيب عيون او أخصائي عيون في منطقتك
المحيطة. اذا كنت تريد المساعدة في إيجاد طبيب للعيون، برجاء مراجعة الفقرة التالية
"إيجاد طبيب للعيون بالقرب منك". للحصول على موعد، يمكن ان يستغرق هذا من 3-6
أسابيع، وهذا مقبول.

2. لا تتخلف عن الموعد حيث ان اعادة الجدولة مرة اخرى ستأخذ وقت طويل أيضاً. قم بأخذ
هذه الورقة معك لفحص العيون وقم بإعطائها لطبيبك. برجاء العلم أيضاً ان الموعد الاول
في بعض الأحيان يمكن ان يستغرق ساعتين. يمكنك إحضار كتب وألعاب والتي يمكن ان
تبقى أطفالك مشغولين.

3. اطلب من طبيب العيون القيام بملء ظهر هذا النموذج وارجاعها الى المدرسة. هذه
المعلومات ستكون هامة للعاملين/المدرسين بالمدرسة والذين سيقومون بدعمك دعم طفلك
اذا تم وصف المزيد من العلاج. أيضاً، قم بطلب نسخة من نتائج الفحص/خطة العلاج لتقوم
بالاحتفاظ بها لنفسك.

قم بإيجاد طبيب عيون بالقرب منك:

اذا لم يكن لديك بالفعل أخصائي عيون لأسرتك، قم بالاتصال اولا بشركة التأمين الصحي/تأمين
العيون الخاصة بك. يمكنك أيضاً إيجاد واحد في المنطقة المحيطة بك عن طريق الاتصال بمؤسسات
الدولة التالية او بالبحث في خدمات الميديكيد في أوهايو:

Ohio Ophthalmological Society (مجتمع طب العيون في أوهايو): ٦١٤-٥٢٧-٦٧٩٩،
www.ohioeye.org

Ohio Optometric Association (الجمعية البصرية بأوهايو): ٨٠٠-٩٩٩-٤٩٣٩،
www.ooa.org

Ohio Medicaid Services (خدمات الميديكيد بأوهايو): ٨٠٠-٣٢٤-٨٦٨٠،
http://ohiomh.com/SearchProvider.aspx

سجل الفحص

العزیز أخصائي رعاية العيون،

لقد تم فحص هذا الطفل بواسطة شخص مرخص من قبل مؤسسة منع العمى (Prevent Blindness) لفحص العين. برجاء مساعدتنا لتقييم هذا البرنامج وذلك باستكمال وإعادة هذا النموذج لنا عن طريق الفاكس على الرقم المسجل أدناه. كل نتائج الاختبارات سرية وللاستخدام الاحصائي فقط. رقم الفاكس: _____

تاريخ الفحص: _____ مريض جديد تم التشخيص سابقا

اسم الطفل _____

اسم الطبيب _____

التشخيص:

- خطأ كاسر للضوء
 قصر البصر (Myopia)
 مد البصر (Hyperopia)
 الإستجماتيزم (إنحراف النظر) (Astigmatism)
 الغمش (Amblyopia)
 الحول (Strabismus)
أخرى _____

العلاج:

- تم وصف نظارات طبية
 استخدامهما باستمرار
 للمسافات القريبة فقط
 للمسافات البعيدة فقط
 تغطية العين: # الساعات في اليوم _____
 إعادة الفحص:
 ٦ شهور
 ١٢ شهر
أخرى _____

موافقة ولي الامر للإفصاح عن البيانات:

انا اسمح للطبيب _____ ان يقوم بالإفصاح عن نتيجة الفحص الخاصة بطفلي ل _____ (اسم المدرسة).

الاسم: _____

التوقيع: _____

التاريخ: _____

نتيجة فحص النظر الخاصة ب:

اسم الطفل _____

تاريخ الفحص _____

مكان الفحص _____

التدريب على فحص النظر لمرحلة الروضة تقدمه:



للمزيد من المعلومات برجاء الاتصال على رقم ٢٠٢٠-٣٠١-٨٠٠-١ او زورونا على الموقع الخاص بنا www.pbohio.org

قم بزيارة الموقع WiseAboutEyes.org للمزيد من المعلومات عن صحة العين والسلامة للأطفال.



التدريب على فحص النظر والنشرة تم تمويلهم بواسطة مساعدة من وزارة الصحة في أوهايو Ohio Department of Health، مكتب صحة الام والطفل Bureau of Maternal and Child Health خدمات .Save Our Sight



نموذج VIP تمت مراجعته ٢٠١٥/١٩/٥