

Тести з перевірки зору:

Спостереження — це те, як очі виглядають при візуальному огляді.

ПРОЙДЕНО НЕ ПРОЙДЕНО

Гострота зору — це гострота зору кожного ока. Ваша дитина пройшла перевірку з використанням **Таблиці для перевірки зору Lea зі скрученими символами з відстані 5 футів**.

Праве око: ПРОЙДЕНО НЕ ПРОЙДЕНО

Ліве око: ПРОЙДЕНО НЕ ПРОЙДЕНО

Тест **Stereo Smile** показує, чи добре працюють очі Вашої дитини разом. Це називається **бінокюлярний зір**.

ПРОЙДЕНО НЕ ПРОЙДЕНО

Результати тестів з перевірки зору:

Ваша дитина **ПРОЙШЛА** перевірку зору і нічого більше не потрібно робити зараз. *(Пам'ятайте, що тести для перевірки зору призначені для виявлення найбільш поширених проблем із зором у дітей раннього віку, але вони не можуть виявити усіх проблем із зором або захворювань. Ці тести не замінюють комплексної перевірки очей, що здійснюється оптиком або офтальмологом. Якщо у Вас є питання або проблеми, будь ласка, зверніться за консультацією до лікаря).*

Ваша дитина **НЕ ПРОЙШЛА** перевірку зору. (Див. наступну сторінку, щоб дізнатись, що потрібно зробити, аби допомогти Вашій дитині).

НЕМОЖЛИВО БУЛО ЗДІЙСНИТИ ПЕРЕВІРКУ Вашої дитини з наступної причини:

Шановні батьки/опікуни:

Ваша дитина щойно пройшла тести з перевірки зору. Тести для перевірки зору використовуються для виявлення дітей, що знаходяться в групі ризику можливих проблем із зором. **Тести з перевірки зору не замінюють комплексної перевірки очей, що здійснюється оптиком або офтальмологом.**

Маленькі діти з проблемами зору не розуміють, що вони не бачать світ так, як повинні бачити! Без раннього виявлення та лікування проблеми із зором у дітей можуть призвести до постійної втрати зору та труднощів у навчанні.

Якщо Ваша дитина **не пройшла** тести з перевірки зору сьогодні, важливо, аби Ви запланували комплексну перевірку очей. **Заходи, які потрібно здійснити:**

1. Заплануйте перевірку очей для Вашої дитини у оптика або офтальмолога у Вашому районі. Якщо Вам потрібна допомога у пошуку офтальмолога, зверніться до наступного розділу — «Офтальмологи у Вашому районі». Термін очікування прийому може становити 3–6 тижнів, що є нормальним.
2. Не пропустіть візит до лікаря, оскільки очікування нового візиту може зайняти стільки ж часу. Візьміть цей документ з собою на перевірку очей і дайте його лікарю. Також слід знати, що іноді перший візит може тривати 2 години. Візьміть із собою книги та іграшки, аби можна було розважити дитину.
3. Попросіть офтальмолога заповнити зворотну сторону цієї форми та повернути її до школи. Ця інформація важлива для співробітників школи / викладачів, які нададуть підтримку Вам і Вашій дитині, якщо буде призначено подальше лікування. Крім того, попросіть копію результатів огляду / плану лікування для зберігання у себе.

Офтальмологи у Вашому районі:

Якщо у Вас ще немає сімейного лікаря-офтальмолога, спочатку зверніться до організації, що надає Вам страхування здоров'я/зору. Також можна знайти лікаря у Вашому районі, звернувшись в наступні асоціації штату, або здійснити пошук у службі Medicaid Огайо:

Офтальмологічне товариство Огайо: 614-527-6799, www.ohioeye.org.

Асоціація оптиків Огайо: 800-999-4939, www.oaa.org

Служба Medicaid Огайо: 800-324-8680, <http://ohiomh.com/ProviderSearch.aspx>

Протокол огляду

Шановний офтальмолог,

Цю дитину було перевірено спеціалістом фахівцем із проведення тестів із перевірки зору, сертифікованим організацією «Запобігання сліпоті» (Prevent Blindness). Просимо Вас допомогти нам оцінити цю програму, заповнивши цю форму та повернувши її нам по факсу на номер, зазначений нижче. Всі результати огляду є конфіденційними та використовуються лише для статистичних цілей. Номер факсу: _____

Дата огляду: _____ Новий пацієнт Раніше діагностований

Ім'я та прізвище дитини _____

Ім'я та прізвище лікаря _____

Діагноз:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Нормальний зір | <input type="checkbox"/> Порушення рефракції: |
| <input type="checkbox"/> Амбліопія | <input type="checkbox"/> Міопія |
| <input type="checkbox"/> Косоокість | <input type="checkbox"/> Гіперметропія |
| Інше _____ | <input type="checkbox"/> Астигматизм |

Лікування:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Призначені окуляри | <input type="checkbox"/> Закриття: к-сть годин на день _____ |
| <input type="checkbox"/> Постійне носіння | <input type="checkbox"/> Повторний огляд: |
| <input type="checkbox"/> Лише для близької відстані | <input type="checkbox"/> 6 місяців |
| <input type="checkbox"/> Лише для далекої відстані | <input type="checkbox"/> 12 місяців |
| | <input type="checkbox"/> Інше _____ |

Згода батьків на передачу інформації:

Я дозволяю д-ру _____ розкрити результати огляду моєї дитини _____ (назва школи).

Ім'я та прізвище друкованими літерами:

Підпис: _____

Дата: _____

Результати тестів з перевірки зору для:

Ім'я та прізвище дитини

Дата проведення тестів

Місцезнаходження проведення тестів

Навчання для проведення тестування з перевірки зору для дітей дошкільного віку
Надано:



Для отримання детальної інформації телефонуйте 1-800-301-2020 або відвідайте наш веб-сайт www.pbOhio.org

Відвідайте сторінку WiseAboutEyes.org для отримання інформації щодо здоров'я та безпеки очей дітей.



Навчання для проведення тестування з перевірки зору та брошура фінансується за рахунок гранту Служби «Збережіть наш зір» Відділу охорони здоров'я матері і дитини Департаменту охорони здоров'я штату Огайо.



Форму VIP переглянуто 5/19/2015