

خطاب إحالة الإبصار

اسم الطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____

العزیز ولي الأمر/مقدم الرعاية:

توفر مدرستنا فحص الإبصار حسب الإرشادات التي وضعتها وزارة الصحة في مينيسوتا. تم فحص مستوى الإبصار لدى طفلك في

_____.

يُرجى اصطحاب طفلك إلى طبيب عيون لفحص الإبصار. أعطِ هذه الرسالة مع نتائج فحص الإبصار المدرسية لطبيب العيون.

- العين اليمنى 10/____ (20/____) العين اليسرى 10/____ (20/____) للرؤية عن بُعد.
- تُعدّ على طفلك قراءة الخطوط على الرسم البياني المناسبة لعمره أو كان الفرق بين مستوى الإبصار في العين اليسرى والعين اليمنى أكبر من سطر واحد (مع) (بدون) العدسات التصحيحية.
- يعاني طفلك من مشكلة في رؤية الأشياء عن قرب (فحص العدسة الموجبة).
- اشتكى طفلك من صعوبة في الرؤية بشكل جيد.
- لم يكن مظهر عين(ين) طفلك نموذجيًا لمعظم الأطفال. الشرح:

- تم اكتشاف مشاكل في توازن عضلات العين المحتملة (حدقة العين تنظر في نفس الاتجاه) أثناء الفحص

- انعكاس الشبكية غير الطبيعي (الضوء الأحمر)

- التاريخ المرضي للطفل/الأسرة لأمراض العيون.

إذا كانت لديك أسئلة أو كنت بحاجة إلى مساعدة في إجراء فحص من قبل أخصائي العيون، فيرجى التواصل معنا.

يُرجى مطالبة أخصائي العيون الخاص بك بإكمال النموذج وإعادة النموذج المكتمل إلى مدرستك.

VISION REFERRAL LETTER

Health Care Provider, please complete this form.

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

School Name: _____

Provider comments:

I have examined this child on ____/____/____

My findings are:

without corrective lenses (____/20) ____/10Left: (____/20) ____/10Right:

Insufficient to require treatment

Corrective lenses prescribed or there is change in the current prescription.

____/____L ____/____R Best Correction:

Muscular Condition was not found or insufficient to require treatment

Muscular Condition is being treated by corrective lenses or other method

There is no significant visual condition that will impact the child's learning

This child has a visual condition that may impact learning. Recommendations include:

Other _____

Child should return for follow up examination on _____

Provider Name/Title: _____

Contact Information: _____

Schools nurse or health staff fill out this section below before sending home

Please have the parent return this form to the school or you can return this to

School Nurse Name: _____

Phone: _____

Address: _____

Email: _____

تم تطوير هذا النموذج على شكل قالب من قبل وزارة الصحة في مينيسوتا للاستخدام في المدارس.

وزارة الصحة في مينيسوتا
فحوصات الأطفال والمراهقين

3650-201-651

health.childteencheckups@state.mn.us

www.health.state.mn.us

2023/12

للحصول على هذا القالب بتنسيق مختلف، اتصل على الرقم 3650-201-651.