DEPARTMENT OF HEALTH

တၢ်ထံၣ် တၢ်ဆှၢဒီဆူညါ လံာ်ပရၢ

ဖိသၣ်အမံၤ- _____ နံၤအိၣ်ဖျဲၣ်- _____

ဆူ မိၢ်ပၢ်/ပှၤကွၢ်ထွဲဖိသၣ်အအိၣ်-

ပကိုဟ့ၣ်လီၤဝဲ တၢ်ထံၣ်အတၢ်မၤကွၢ် ခီဖျိ စူးကါ မံၣ်နံၣ်စိထၣ်ဆူၣ်ချဲ့ဝဲၤကျိၤ အတၢ်နဲၣ်ကျဲတဖၣ်လီၤ. နဖိအတၢ်ထံၣ်နၣ် ဘၣ်တၢ်မၤကွၢ်အီၤဖဲ _____နၣ်လီၤ.

လၢကသမံသမိးကွၢ်အမံာ်ချံအဂီၢ် ဝံသးစူၤ လဲၤကိးဘၣ်နဖိအံၤဆူ မံာ်ချံကသံၣ်သရၣ်တဂၤအအိၣ်တက့ၢ်. ဟ့ၣ်လီၤ လံာ်ပရၢအံၤ ဃုာ်ဒီး ကိုတၢ်ထံၣ်အတၢ်မၤကွၢ်အစၢတဖၣ် ဆူမံာ်ချံကသံၣ်သရၣ်အံၤတက့ၢ်.

- မံာ်ချံအထွဲတကပၤ 10/_____ (20/_____) မံာ်ချံအစ့ၣ်တကပၤ 10/_____ (20/_____) လၢတၢ်ထံၣ်အယံၤအဂီၢ်.
- နဖိအံၤဖးဝဲ လံာ်ကျိၤတဖၣ် လၢလံာ်တိၤဖျါအံၤအပူၤ လၢအသးအနံၣ်အလါအဂီၢ်တသ့ဘၣ် မ့တမ့ၢ် တၢ်လီၤဆီလိာ်သးလၢ မံာ်ချံအစ့ၣ်တကပၤတၢ်ထံၣ် ဒီး မံာ်ချံအထွဲတကပၤတၢ်ထံၣ် အဘၢၣ်စၢၤန္ၣ် အဒိၣ်နှ်ဒံး လံာ်ကျိၤတကျိၤ (ဟ်ဃုာ်ဒီး) (တဟ်ဃုာ်ဒီး) မံာ်ထံကလၢမၤဂ့ၤထိၣ်တၢ်ထံၣ်နၣ်လီၤ.
- နဖိအံၤအိၣ်ဒီး တၢ်ဂ့ၢ်ကိ လၢကထံၣ်ဘၣ် တၢ်လၢအဘူးတဖၣ် (ဟ်ဃုာ်ဒီး မံာ်ထံကလၢ တၢ်မၤကွၢ်) နၣ်လီၤ.
- နဖိအံၤ တဲဖျါထိၣ်ဝဲဒၣ်လၢ တၢ်အံၤကီခဲလၢကထံၣ်ဘၣ်တၢ်ဂ့ၤဂ့ၤနၣ်လီၤ.
- နဖိအမံာ်ချံ/တဖၣ် အတၢ်အိၣ်ဖျါနၣ် တၢ်တထံၣ်ညီနှ်အီၤ လၢဖိသၣ်အါတက့ၢ်ဘၣ်. တၢ်တဲနှ်ပၢၢ်တၢ်- _____
- ဘၣ်သ့ၣ်သ့ၣ်ကအိၣ်ဒီး မံာ်ချံယုၢ်ညၣ်တၢ်ပၢၤသိးလိာ်သး တၢ်ကီတၢ်ခဲတဖၣ် (မံာ်ပှၤဖိတဖၣ် ကွၢ်ဝဲတၢ်လဲၤသးအကျိၤတကျိၤဃီ) ဒီး တၢ်ထံၣ်နှ်တၢ်အံၤဖဲ တၢ်မၤကွၢ်အခါနၣ်လီၤ
- မံာ်ချံအကဘျၣ် (Retinal) တဘၣ်လိၢ်ဘၣ်စး (တၢ်ကပီၤအဂီၤ) ကဲထိၣ်သးချ့သဒံးလၢအတၢ်ဒၣ်ဝဲ
- ဖိသၣ်/ဟံၣ်ဖိဃီဖိ အပူၤကွံာ်မံာ်ချံတၢ်အိၣ်သးတဖၣ်.

တၢ်သံကွၢ်မ့ၢ်အိၣ်ဒီးနၤ မ့တမ့ၢ် လၢကဒိးန့ၢ်တၢ်မၤကွၢ်တခါ လၢမဲာ်ချံတၢ်အံးထွဲကွၢ်ထွဲ ပှၤသ့ပှၤဘၣ်တဂၤအအိၣ်အဂီၢ် နမ့ၢ်လိၣ်ဘၣ်တၢ်မၤစၢၤန္ၣ် ဝံသးစူၤဆဲးကျိုးဘၣ်ပှၤတက့ၢ်.

ဝံသးစူၤမၢ မဲာ်ချံတၢ်အံးထွဲကွၢ်ထွဲ ပှၤသ့ပှၤဘၣ်တဂၤအံၤ မၤပဲ့ၤ လံာ်တကျိၣ်ဒိအံၤ ဒီး ဆ့ၢက့ၤ လံာ်တကျိၣ်ဒိလၢတၢ်မၤပဲ့ၤအီၤအံၤ ဆူနကျိတက့ၢ်.

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:

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

- ☐ Insufficient to require treatment
- ☐ Corrective lenses prescribed or there is change in the current prescription.
- ☐ Best Correction: R_____/_____ L_____/_____
- ☐ 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: _____

လံ်တကွိဉ်ဒိအံၤ ဘဉ်တၢ်ဒုးအိဉ်ထိဉ်အီၤလၢ MDH ဒ်သိးတၢ်စူးကါအီၤ လၢကွဲတဖဉ်အပူၤနၣ်လီၤ.

မံဉ်နံဉ်စိထဉ်ဆူဉ်ချဲ့ဝဲၤကျိၤ (Minnesota Department of Health)
ဖိသဉ်ဒီးပှၤလိဉ်ဘိ တၢ်သမံသမိးတဖဉ် (Child and Teen Checkups)
651-201-3650
health.childteencheckups@state.mn.us
www.health.state.mn.us

12/2023

လၢကမၤနှဲ လံ်တကွိဉ်ဒိအံၤ လၢကှၢ်ဂီၤဒိအဂုၤအဂၤတခါအဂီၢ်, ကိးလီတဲစိ ဆူ- 651-201-3650.