

خطاب إحالة السمع

اسم الطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____

العزیز ولی الأمر/الوصی:

توفر مدرستنا فحص السمع حسب الإرشادات التي وضعتها وزارة الصحة في مينييسوتا. تم فحص سمع الطفل في _____ / _____ / _____ وتكرّر الإجراء في _____ / _____ / _____.

لم يُظهر طفلك استجابة لجميع الأصوات في فحص السمع. راجع الرسم البياني أدناه.

Rescreen	Initial Screen	Pure Tone Audiometry – Right Ear
PASS/REFER	PASS/REFER	Hz, 25 dB 500
PASS/REFER	PASS/REFER	Hz, 20 dB 1000
PASS/REFER	PASS/REFER	Hz, 20 dB 2000
PASS/REFER	PASS/REFER	Hz, 20 dB 4000
PASS/REFER	PASS/REFER	Hz, 20 dB (ages 11 and up) 6000
Rescreen	Initial Screen	Pure Tone Audiometry – Left Ear
PASS/REFER	PASS/REFER	Hz, 25 dB 500
PASS/REFER	PASS/REFER	Hz, 20 dB 1000
PASS/REFER	PASS/REFER	Hz, 20 dB 2000
PASS/REFER	PASS/REFER	Hz, 20 dB 4000
PASS/REFER	PASS/REFER	Hz, 20 dB (ages 11 and up) 6000

- تعني هذه النتائج أن طفلك قد يعاني من مشكلة في السمع.
- يُرجى اصطحاب طفلك إلى العيادة و/أو متخصص سمعيات (أخصائي السمع) لفحص درجة السمع لديه.
- إذا كان طفلك يتلقّى بالفعل رعاية لمشاكل السمع أو إذا كنت بحاجة إلى مساعدة في العثور على مقدّم رعاية صحية، يُرجى إخبار ممرضة المدرسة.
- يُرجى تقديم هذه الرسالة مع نتائج جلسة الاستماع في المدرسة إلى العيادة و/أو متخصص السمعيات الذي يقوم بفحص السمع.
- إذا كانت لديك أسئلة أو تحتاج إلى التواصل مع عيادة، يُرجى الاتصال بنا.

HEARING 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 ____/____/____ and find the following:

AUDIOLOGICAL:

- Normal Hearing
- Conductive Hearing Loss
- Mixed Hearing Loss
- Sensorineural Hearing Loss
- Refer to Physician
- Amplification Evaluation

MEDICAL:

- Hearing (circle): PASS or REFER
- Medically treatable
- Not medically treatable
- Outer Ear
- Middle Ear
- Inner Ear
- Refer to Audiology

Further Comments: _____

Further Comments: _____

Recommendations to support learning in the school environment: _____

Recommendations to support learning in the school environment: _____

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: _____

This templated form was developed by MDH for use in schools.

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.