

Письмо о направлении к офтальмологу

ФИО ребёнка: _____ Дата рожд.: _____

Уважаемые родители/опекун!

Наша школа проводит скрининг зрения в соответствии с требованиями, разработанными Департаментом здравоохранения штата Миннесота. Зрение вашего ребенка было проверено _____.

Пожалуйста, отведите вашего ребенка к офтальмологу для проверки зрения. Передайте ему это письмо с результатами проверки зрения в школе.

- Правый глаз 10/_____ (20/_____) Левый глаз 10/_____ (20/_____) для зрения вдаль.
- Ваш ребенок не смог прочитать строки в таблице, соответствующие его возрасту, или разница между зрением левого и правого глаза была больше, чем на одну строку (с) (без) корректирующих линз.
- Вашему ребёнку трудно видеть объекты, расположенные вблизи (скрининг на дальнозоркость).
- Ваш ребенок жаловался, что плохо видит.
- Внешний вид глаз(а) вашего ребенка не такой, как у большинства детей, а именно:

- Во время скрининга наблюдались возможные проблемы с балансом глазных мышц (когда зрачки должны смотреть в одном направлении).
- Анормальный рефлекс сетчатки (красный цвет).
- Глазные болезни в анамнезе у ребенка/семьи.

Если у вас есть вопросы, или вам нужна помощь в прохождении обследования у офтальмолога, свяжитесь с нами.

Попросите вашего офтальмолога заполнить форму (ниже) и верните заполненную форму в вашу школу.

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:

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: _____

Эта стандартная форма разработана MDH (Департамент здравоохранения MN) для использования в школах.

Министерство здравоохранения Миннесоты
Программа медосмотров детей и подростков
651-201-3650
health.childteencheckups@state.mn.us
www.health.state.mn.us

02/2023

Для получения этой формы в другом формате звоните: 651-201-3650.