

استبيان حول التاريخ المرضي لإبصار الأسرة والطفل وتقييم المخاطر

اسم ولي الأمر/مقدم الرعاية: _____
اسم الطفل: _____
التاريخ: _____
العمر/تاريخ الميلاد: _____

أسئلة تقييم المخاطر للزيارة الأولية لجميع الأطفال دون سن 3 سنوات. ارصد أي تغييرات في التاريخ المرضي لإبصار الطفل والأسرة وأسئلة المراقبة في كل زيارة لاحقة.

لا	نعم	التاريخ المرضي لإبصار الطفل والأسرة (ضع دائرة حول نعم أو لا كما هو موضح)
لا	نعم	هل سبق أن تم تشخيص طفلك بحالة مرضية في العين، أو تأخر في النمو، أو اضطراب الصرع، أو متلازمة، أو اضطراب وراثي، أو أبيض، أو أي مرض عضوي مرتبط باضطرابات في العين؟*
لا	نعم	هل يعاني أولياء أمور الطفل أو أشقائه من مشاكل في العين/الرؤية تتطلب العلاج في سن مبكرة (قبل سن ست سنوات) مثل الحول أو إعتام عدسة العين أو سرطان العين أو ارتداء النظارات؟**
لا	نعم	هل تمت ولادة طفلك قبل 32 أسبوعًا من العمر؟

أسئلة المراقبة يجب عليها مقدم الرعاية في كل زيارة.

لا	نعم	الوصف: ضع دائرة حول "نعم" أو "لا" في المربع المناسب كما تنطبق على طفلك
لا	نعم	هل لدى مقدم الرعاية أو المعلم أي مخاوف بشأن عين (عيون) الطفل أو بصره؟**
لا	نعم	هل لاحظت أن الطفل لديه أي من السلوكيات التالية؟*** <ul style="list-style-type: none"> ▪ هل يعاني الطفل من أي مشاكل أو تغير في العينين: بياض العين، حدة العين، جفن العين، الرموش، أم المنطقة حول العينين؟ ▪ هل يعاني الطفل من حساسية غير طبيعية للضوء؟ ▪ هل يعاني الطفل من صداع متكرر؟ ▪ هل يعاني الطفل من تحرك أحد العينين للداخل أو للخارج؟ ▪ هل يفرك الطفل في عينيه أو يرمش بالعينين كثيرًا؟ ▪ هل يعاني الطفل من سيلان العين أو إفرازات غير عادية؟ ▪ هل يعاني من ضعف التواصل بالعينين؟ ▪ هل تتم تغطية أو إغلاق عين عند النظر إلى شيء ما؟ ▪ هل وضع الرأس غير طبيعي مثل إمالة الرأس إلى جانب واحد أو التحرك للأمام أو للخلف عند عرض عنصر مثير للاهتمام؟ ▪ هل يتم وضع الرأس بالقرب من عنصر الاهتمام؟ ▪ هل يعاني من عدم الدقة في الوصول إلى الأشياء؟
إذا كانت الإجابة بنعم على أي من الأسئلة المذكورة أعلاه، فيرجى توضيح ما يلي:		

* موفِّرو الرعاية: ارجع إلى القائمة التفصيلية إذا لزم الأمر الأمراض والظروف المرتبطة باضطرابات الإبصار والعين
(www.health.state.mn.us/docs/people/childreynouth/ctc/visionscreen/discondassocvsn.pdf)

** يُعدُّ وجود تاريخ مرضي للأسرة يُفيد بوجود حالة مرضية في العينين قبل سن ست سنوات، أو مخاوف إيجابية تنتاب أولياء الأمور أو مقدم الرعاية أو حالة تم تشخيصها حديثًا، مؤشرًا للإحالة إلى أخصائي رعاية العيون.

*** قد يشير المخاوف التي تنتاب أولياء الأمور/مقدم الرعاية بشأن سلوكيات معيَّنة إلى الحاجة إلى الإحالة إلى أخصائي رعاية العيون. يجب تقييم المخاوف في كل زيارة.

health.childteencheckups@state.mn.us
www.health.state.mn.us

Child and Family Vision History and Risk Assessment
Questionnaire

وزارة الصحة في مينيسوتا
فحوصات الأطفال والمراهقين
3650-201-651

2023/12

للحصول على هذه المعلومات بتنسيق مختلف، اتصل على الرقم:
3650-201-651