

# Tiền Sử Thị Lực của Trẻ và Gia Đình và Bảng Câu Hỏi Đánh Giá Nguy Cơ

Tên Trẻ: \_\_\_\_\_

Tên Phụ Huynh/Người Chăm Sóc: \_\_\_\_\_

Tuổi/Ngày Sinh: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_

Bảng câu hỏi Đánh Giá Nguy Cơ được sử dụng cho lần khám đầu tiên đối với tất cả trẻ dưới 3 tuổi. Hãy ghi lại mọi thay đổi liên quan đến Tiền Sử Thị Lực của Trẻ và Gia Đình và các câu hỏi giám sát trong mỗi lần thăm khám tiếp theo.

Tiền Sử Thị Lực của Trẻ và Gia Đình (Khoanh tròn Có hoặc Không nếu được chỉ định)	CÓ	KHÔNG
Con của quý vị đã bao giờ được chẩn đoán mắc bệnh về mắt, chậm phát triển, rối loạn co giật, hội chứng về mắt, rối loạn chuyển hóa, bệnh di truyền hoặc bất kỳ bệnh toàn thân nào liên quan đến bất thường về mắt chưa? *	CÓ	KHÔNG
Cha mẹ hoặc anh chị em của trẻ có vấn đề về mắt/thị lực cần được điều trị khi còn nhỏ (trước sáu tuổi) ví dụ như nhược thị, đục thủy tinh thể, ung thư mắt hoặc phải đeo kính không? **	CÓ	KHÔNG
Có phải con của quý vị được sinh ra trước khi đủ 32 tuần tuổi?	CÓ	KHÔNG

Câu hỏi giám sát đối với người chăm sóc mỗi lần thăm khám.

Mô tả: Khoanh tròn Có hoặc Không vào ô thích hợp nếu phần này áp dụng cho con của quý vị	CÓ	KHÔNG
Người chăm sóc hoặc giáo viên có bất kỳ lo ngại nào về mắt hoặc thị lực của trẻ không? **	CÓ	KHÔNG
Quý vị có nhận thấy trẻ có các hành vi sau đây không? *** <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bất kỳ vấn đề hoặc thay đổi nào về mắt: tròng trắng, đồng tử, mí mắt, lông mi hoặc vùng quanh mắt?</li> <li>▪ Nhạy cảm bất thường với ánh sáng?</li> <li>▪ Đau đầu thường xuyên?</li> <li>▪ Một mắt nhìn vào trong hoặc ra ngoài?</li> <li>▪ Thường xuyên dụi mắt, chớp mắt?</li> <li>▪ Chảy nước mắt hoặc tiết dịch bất thường?</li> <li>▪ Giao tiếp bằng mắt kém?</li> <li>▪ Che hoặc nhắm một mắt khi nhìn vào một vật?</li> <li>▪ Tư thế đầu bất thường, ví dụ như nghiêng đầu sang một bên hoặc di chuyển về phía trước hoặc phía sau khi nhìn món đồ ưa thích?</li> <li>▪ Đưa mặt sát vào món đồ ưa thích?</li> <li>▪ Không cầm được đúng món đồ?</li> </ul>	CÓ	KHÔNG
Nếu quý vị chọn có cho bất kỳ câu hỏi nào ở trên, vui lòng giải thích:		

\* Nhà cung cấp: Tham khảo danh sách chi tiết nếu cần [Các Bệnh và Tình Trạng Liên Quan đến Thị Lực và Các Bất Thường Về Mắt \(www.health.state.mn.us/docs/people/childreneyouth/ctc/visioncreen/discondassocvsn.pdf\)](http://www.health.state.mn.us/docs/people/childreneyouth/ctc/visioncreen/discondassocvsn.pdf)

\*\* Tiền sử gia đình dương tính về các bệnh về mắt trước sáu tuổi, mối quan tâm tích cực của phụ huynh hoặc người chăm sóc hoặc tình trạng mới được chẩn đoán là dấu hiệu cần giới thiệu trẻ đến chuyên gia chăm sóc mắt.

\*\*\* Mối lo ngại của phụ huynh/người chăm sóc về các hành vi cụ thể có thể cho thấy trẻ cần được giới thiệu đến chuyên gia chăm sóc mắt. Nên thực hiện đánh giá về các lo ngại mỗi khi thăm khám.

CHILD AND FAMILY VISION HISTORY AND RISK ASSESSMENT  
QUESTIONNAIRE

Sở Y Tế Minnesota

Khám Sàng Lọc Tổng Quát cho Trẻ Em và Thanh  
Thiếu Niên

651-201-3650

[health.childteencheckups@state.mn.us](mailto:health.childteencheckups@state.mn.us)

[www.health.state.mn.us](http://www.health.state.mn.us)

12/2023

*Để nhận thông tin này ở định dạng khác, hãy gọi:  
651-201-3650.*