

## خطاب إحالة السمع

اسم الطفل: \_\_\_\_\_ تاريخ الميلاد: \_\_\_\_\_

العزیز ولی الأمر/الوصی:

توفر مدرستنا فحص السمع حسب الإرشادات التي وضعتها وزارة الصحة في مينيسوتا. 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.

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

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

2023/12

للحصول على هذا القالب بتنسيق مختلف، اتصل على الرقم: 3650-201-651.