



## EKZAMINIMI I SHIKIMIT

Emri i fëmijës: \_\_\_\_\_ Datëlindja: \_\_\_\_\_ Data e Ekzaminimit: \_\_\_\_\_

Emri i prindit: \_\_\_\_\_

Emri i personit që po plotëson formularin: \_\_\_\_\_

Marrëdhënia me fëmijën, nëse nuk është pindi ose kujdestari: \_\_\_\_\_

***Ju lutemi përgjigjuni pyetjeve të mëposhtme, duke shtuar shpjegime sipas nevojave.***

A është vizituar më parë fëmija juaj tek një specialisht syshë?  Po  Jo

Kush: \_\_\_\_\_ Kur: \_\_\_\_\_

Rezultatet e raportuata: \_\_\_\_\_

A ka fëmija juaj:

1. rrotullim të njërit apo të të dy syve?  Po  Jo \_\_\_\_\_

Kthehet nga brenda  Kthehet nga jashtë  Kthehet nga brenda dhe jashtë në momente të ndryshme

2. ngacmon, fëkon ose mbulon sytë vazhdimisht?  Po  Jo \_\_\_\_\_

3. lagështirë të pazakontë dhe të vazhdueshme në sy?  Po  Jo \_\_\_\_\_

4. pulitje ose lëvizje të shpejta, të vogla të syve?  Po  Jo \_\_\_\_\_

5. nuk ka aspak ose pak kontakt të drejtpërdjetë syshë?  Po  Jo \_\_\_\_\_

6. mban kokën në një kënd ose mënyrë të pazakontë?  Po  Jo \_\_\_\_\_

7. afrohet shumë afër lodrave ose librave që t'i shohë ato?  Po  Jo \_\_\_\_\_

8. sillet nervoz ose nuk tregon interes gjatë kohës që duhet të ulet për të diskutuar ose po tregohet një histori?  Po  Jo \_\_\_\_\_

9. shmang shikimin e objekteve ose fytyrave të tjera nëse janë brenda 60cm nga fytyra e tij?  Po  Jo

Kur shikon drejt, fëmija nuk sheh personat ose objektet në një zonë të caktuar?

në të djathtë të fëmijës?  Po  Jo \_\_\_\_\_

në të majtë të fëmijës?  Po  Jo \_\_\_\_\_

poshtë shikimit të fëmijës?  Po  Jo \_\_\_\_\_

lart shikimit të fëmijës?  Po  Jo \_\_\_\_\_

**Ekzaminimi i shikimit faqja 2**

**emri i fëmijës** \_\_\_\_\_

A përplasat me objektet fëmija juaj?  Po  Jo \_\_\_\_\_

Në njërën anë më shumë se në tjetrën?

Në të majtën  Po  Jo \_\_\_\_\_

Në të djathtën  Po  Jo \_\_\_\_\_

A rrëzohet shpesh fëmija juaj?  Po  Jo

A i shikon fëmija juaj gjërat me cep të syrit sesa në mënyrë të drejtë?

Po  Jo \_\_\_\_\_

A ka fëmija juaj vështirësi në mbajtjen e balancës ose në lëvizje?

Po  Jo \_\_\_\_\_

A derdh ose rrezon fëmija juaj shpesh gota ose objekte kur dëshiron t'i kapë ato?

Po  Jo \_\_\_\_\_

Duke dashur të kapë një objekt, a e zgjat dorën fëmija juaj më shumë se sa duhet ose jo mjaftueshëm?

Po  Jo \_\_\_\_\_

Kur lëvizni një objekt nga një vend i caktuar, përpara fëmijës tuaj, a e shikon fëmija të gjithë objektin gjatë lëvizjes?

Po  Jo \_\_\_\_\_

A keni menduar ndonjëherë që fëmija juaj mund të ketë probleme me shikimin?  Po  Jo

A kanë probleme me shikimin prindërit e fëmijes ose vëllezërit dhe motrat?  Po  Jo

Ju lutem vendosni komente plotësuese:

---

---

---

---

---

Emri i ekzaminuesit me shkronja të mëdha

Firma e ekzaminuesit

*Nëse ndonjë nga përgjigjet tuaja ka qenë "po", rezultatet duhet të dërgohen, me lejen e prindit, tek mjeku primar i fëmijës së bashku me një letër shpjeguese.*