

فحص البصر

اسم الطفل: _____ تاريخ الميلاد: _____ تاريخ الفحص: _____

اسم ولي الأمر: _____

اسم الشخص الذي يملأ النموذج: _____

صلة القرابة بالطفل، إذا لم يكن ولي الأمر أو الوصي: _____

يُرجى الإجابة عن هذه الأسئلة، مع إضافة التفسيرات حسب الحاجة.

هل سبق لطفلك أن خضع للفحص بواسطة اختصاصي البصريّات؟ نعم لا

اسم الاختصاصي: _____ تاريخ الفحص: _____

نتائج الفحص: _____

يُرجى اختيار الإجابة المناسبة للأسئلة التالية:

1. هل يعاني طفلك من "حَوْل" في عين واحدة أو كلتا العينين؟ نعم لا

يتجه الحَوْل للداخل يتجه الحَوْل للخارج يتجه الحَوْل للداخل وللخارج في أوقات مختلفة

2. هل يحك طفلك عينيه، أو يفركهما، أو يغطيها باستمرار؟ نعم لا

3. هل تدمع عينا طفلك بشكلٍ مستمر وغير عادي؟ نعم لا

4. هل يعاني طفلك من "ارتعاش" خفيف أو حركات متشنجة في عينيه؟ نعم لا

5. هل يتواصل طفلك بصريًا مع الآخرين بشكلٍ ضئيل، أم لا يتواصل بصريًا مطلقًا؟ نعم لا

6. هل يحافظ طفلك على رأسه في وضع مائل أو بزوايا أخرى غير عادية؟ نعم لا

7. هل يقرب طفلك الألعاب أو الكتب إليه بشكلٍ كبير حتى يستطيع الرؤية جيدًا؟ نعم لا

8. هل يتصرف طفلك بأسلوب يدل على شعوره بالملل أو عدم الاهتمام خلال وقت الأنشطة الجماعية و/أو وقت قراءة القصص؟ نعم لا

9. هل يتجنب طفلك النظر إلى الأشياء أو الوجه التي تقع في نطاق 24 بوصة من عينيه؟ نعم لا

عند النظر إلى الأمام مباشرة، هل يفوت طفلك رؤية بعض الأشياء أو الأشخاص الذين يقعون في مجال رؤية معين؟

إلى يمين الطفل؟ نعم لا

إلى يسار الطفل؟ نعم لا

تحت مستوى نظر الطفل؟ نعم لا

فوق مستوى نظر الطفل؟ نعم لا

هل يصطدم طفلك بالأشياء ويتعثّر بها أثناء الحركة؟ نعم لا _____
 وهل يحدث ذلك على أحد الجانبين أكثر من الآخر؟

الأيسر نعم لا _____

الأيمن نعم لا _____

هل يتعثّر طفلك ويسقط أرضًا كثيرًا؟ نعم لا

هل يبدو أن طفلك ينظر إلى الأشياء بشكلٍ جانبي بدلاً من النظر إليها مباشرة؟

نعم لا _____

هل يواجه طفلك صعوبة فيما يتعلق بالتوازن والحركة؟

نعم لا _____

هل يتسبب طفلك في سقوط الأشياء أو سكب محتويات الأوعية والحاويات (مثل الأكواب) بشكلٍ متكرر عند محاولة الوصول إليها؟

نعم لا _____

هل يتخطى طفلك في الغالب الشيء الذي يريد الوصول إليه، أم لا يبتعد كثيرًا عنه؟

نعم لا _____

عندما تقوم بتحريك شيء ما من أحد الجانبين إلى الجانب الآخر في المساحة الواقعة أمام طفلك، فهل ينظر إلى هذا الشيء ويستمر في متابعة حركته بنظره في كامل نطاق تلك المساحة من أحد الجانبين إلى الجانب الآخر؟

نعم لا _____

هل تساءلت يومًا ما إذا كان طفلك يعاني من مشكلة في البصر؟ نعم لا

هل يعاني والد/والدة طفلك أو أخوه/أخته من مشكلة في البصر؟ نعم لا

يُرجى تسجيل تعليقات إضافية:

توقيع المسؤول عن إجراء الفحص

اسم المسؤول عن إجراء الفحص بأحرف واضحة

إذا تمت الإجابة عن أي عنصر بـ "نعم"، فيجب إعادة توجيه النتائج، بناءً على تصريح من ولي الأمر، إلى مُقِمِّ خدمة الرعاية الصحية الأولية للطفل مع خطاب توضيحي.