



BADANIE PRZESIEWOWE WZROKU

Imię i nazwisko dziecka: _____ Data urodzenia: _____

Data badania przesiewowego: _____

Imię i nazwisko rodzica: _____

Imię i nazwisko osoby wypełniającej formularz: _____

Stosunek/pokrewieństwo do dziecka, jeśli nie rodzic lub opiekun: _____

Proszę odpowiedzieć na te pytania, dodając wyjaśnienia w razie potrzeby.

Czy dziecko było kiedykolwiek badane przez specjalistę ds. wzroku? Tak Nie

Kto: _____ Kiedy: _____

Wyniki: _____

Czy Twoje dziecko:

1. Ma podkrążone jedno lub oboje oczu? Tak Nie _____

Podkrążone do wewnątrz Podkrążone na zewnątrz Podkrążone do wewnątrz oraz na zewnątrz w różnym czasie

2. Uporczywie szczypie, pociera lub zakrywa oczy? Tak Nie _____

3. Ma nietypowe i uporczywe łzawienie oczu? Tak Nie _____

4. Ma niewielkie "drżenie" lub gwałtowne ruchy oczu? Tak Nie _____

5. Nawiązuje niewielki kontakt wzrokowy lub nie nawiązuje go wcale? Tak Nie _____

6. Trzyma głowę przechyloną lub pod innym nietypowym kątem? Tak Nie _____

7. zbliżać się bardzo blisko do zabawek lub książek, aby je widzieć? Tak Nie _____

8. Zachowuje się niespokojnie lub jest niezainteresowane podczas zajęć w kręgu i/lub opowiadań?

Tak Nie _____

9. Unika patrzenia na przedmioty lub twarze znajdujące się w odległości mniejszej niż 24 cale od jego twarzy? Tak Nie

Czy patrząc na wprost, dziecko nie dostrzega przedmiotów lub osób w określonym polu widzenia?

po prawej stronie dziecka? Tak Nie _____

po lewej stronie dziecka? Tak Nie _____

poniżej wzroku dziecka? Tak Nie _____

powyżej wzroku dziecka? Tak Nie _____

Badanie przesiewowe wzroku strona 2 imię i nazwisko dziecka _____

Czy dziecko wpada na przedmioty? Tak Nie _____

 Częściej po jednej stronie niż po drugiej?

 Lewa Tak Nie _____

 Prawa Tak Nie _____

Czy dziecko często się przewraca? Tak Nie

Czy Twoje dziecko wydaje się patrzeć na rzeczy bokiem, zamiast patrzeć prosto na nie?

Tak Nie _____

Czy dziecko ma trudności z utrzymaniem równowagi i poruszaniem się?

Tak Nie _____

Czy dziecko często przewraca przedmioty lub rozlewa (np. szklankę), gdy po nie sięga?

Tak Nie _____

Czy dziecko często sięga za przedmiot lub niewystarczająco daleko?

Tak Nie _____

Kiedy przesuwasz przedmiot po obszarze przed dzieckiem, czy patrzy ono na przedmiot w całym zakresie ruchu, z boku na bok?

Tak Nie _____

Czy kiedykolwiek zastanawiałeś/aś się, czy Twoje dziecko ma problemy ze wzrokiem? Tak Nie

Czy rodzic lub brat/siostra Twojego dziecka ma problem ze wzrokiem? Tak Nie

Proszę o dodatkowe uwagi:

Imię i nazwisko osoby badającej

Podpis osoby badającej

Jeśli na którekolwiek z pytań udzielono odpowiedzi "tak", wyniki należy przestać, za zgodą rodzica, do lekarza pierwszego kontaktu dziecka wraz z listem przewodnim.