



Lions SEE, Inc.  
At the Ira G. Ross Eye Institute  
1176 Main St., Buffalo, New York 14209  
(716) 881-7915 (716) 887-2991 Fax  
md20lionsee@gmail.com



[www.lionsSEE.org](http://www.lionsSEE.org)  
Preschool Vision Screening  
♥Arabic Consent Form♥

فحص عين الطفل لمرحلة ما قبل المدرسة

نموذج موافقة موافقة من قبل الوالدين\ أو الوصي القانوني:

سوف يتم عمل فحص مجاني لعيني طفلك عن طريق نادي الأسود (الليونز) في منطقتك بالتعاون مع برنامج " الأسود ترى " Lions see التابع ل مركز الروس للعيون في مدينة بافالو ( Ross Eye Institute) سوف يتم التقاط صور فورية لعيني طفلك باستخدام كاميرا خاصة و ذلك للكشف عن أي اعتلالات من الممكن أن تؤدي إلى الكسل البصري مثل قصر النظر، طول النظر، الانحراف، الحول أو الماء الأزرق. لن يتم لمس العين و لن يتم استعمال اي نوع من القطرات خلال عملية تصوير العين. تصل دقة عملية الكشف المبكر عن طريق التقاط صور للعين إلى 85%-90%. أنا الموقع أدناه، أوافق على أن يتم فحص ابني - المذكور أدناه- للكشف عن اعتلالات العيون. و أقر بانني قد فهمت ما يلي عن هذا البرنامج:

- (1) المعلومات التي يتم الحصول عليها عند فحص ابني هي فقط لأغراض الكشف المبكر و ليست لإعطاء تشخيص أو المعالجة ولا تغني عن زيارة الطبيب المختص.
- (2) الفحص مجاني ولن يتم مطالبتني بأي مبلغ من المال
- (3) أوافق على أن أقوم بمراجعة الطبيب المختص في حال تبين وجود أي خلل في إبصار ابني إذا تم إخباري بذلك. و أوافق على أن يطلع الطبيب المختص على نتائج هذا الكشف الذي قام به نادي الليونز عن طريق مركز الروس للعيون.
- (4) لن أقوم بحاسبة مركز الليونز أو برنامج " الأسود ترى " في مركز الروس للعيون أو المدرسة التي تم فيها الفحص عن أي أخطاء من الممكن أن تحدث .

اسم الوالد\الوصي	لتوقيع	التاريخ	اسم الطفل الأول، الأوسط، اسم العائلة
_____	_____	_____	_____
تاريخ ميلاد الطفل	العمر	العنوان	المدينة
_____	_____	_____	_____
رمز البريدي	_____	_____	_____

هاتف المنزل: \_\_\_\_\_ هاتف آخر: \_\_\_\_\_  
لا تقم بتعبئة هذا النموذج إذا كان طفلك يراجع طبيب عيون في الوقت الحاضر.

النتيجة: إذا كان عندك أي تساؤلات حول النتيجة اتصل على هذا الرقم ⑤

PASS \_\_\_\_\_ نجاح: في هذه المرحلة لم يتبين وجود أي مشكلة في عيني طفلك. هذا لا يغني عن فحص

الطبيب. اذا كنت تعتقد ان هنالك مشكلة في عيني ابنك ننصحك بمراجعة الطبيب.

REFER \_\_\_\_\_ يجب مراجعة الطبيب لأنه تبين وجود ما يلي عند فحص طفلك:

Anisometropia \_\_\_\_\_ اختلاف في النظر في كل عين

Astigmatism \_\_\_\_\_ انحراف

Hyperopia \_\_\_\_\_ طول نظر

Myopia \_\_\_\_\_ قصر نظر

Other \_\_\_\_\_ غير ذلك

Unreadable \_\_\_\_\_ الفحص غير مكتمل ( لم نستطع تقييم ما يلي)

إذا تم تحويل طفلك لزيارة طبيب العيون من خلال هذا النموذج الرجاء اخذ هذا النموذج معك بالإضافة لنموذج التقييم عند ذهابك لزيارة طبيب العيون. ( سوف يتم إرسال كل هذه النماذج إلى مكان سكنك بالبريد).

**The Volunteer Will  
Staple  
Your Child's  
Vision Screening  
Photo  
Or  
Welch Allyn SureSight**