



ਇਹ ਮਹੱਤਵਪੂਰਨ ਹੈ... ਸਾਫ਼ ਦੇਖਣ ਲਈ



ਵਿਸ਼ਾ: ਐਮਬਲੋਯੋਪੀਆ (ਆਲਸੀ ਅੱਖਾਂ) ਦੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਨਿਦਾਨ ਲਈ ਆਰਥੋਪਟਿਕ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਵਾਸਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ

ਸਤਿਕਾਰਯੋਗ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ,

ਅਸੀਂ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਐਮਬਲੋਯੋਪੀਆ ਦੇ ਜਲਦੀ ਨਿਦਾਨ ਲਈ (ਮਿਤੀ)..... ਨੂੰ (ਵਜੇ)..... (ਸਥਾਨ)..... 'ਤੇ ਅੱਖਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਲਈ ਬੁਲਾਉਣਾ ਚਾਹਾਂਗੇ।

invitiamo il vostro bambino ad eseguire lo screening visivo per la diagnosi precoce dell'ambliopia il giorno.....alle ore..... presso.....

ਐਮਬਲੋਯੋਪੀਆ ਜਿਸਨੂੰ ਆਮ ਤੌਰ 'ਤੇ "ਆਲਸੀ ਅੱਖ" ਕਿਹਾ ਜਾਂਦਾ ਹੈ, ਇੱਕ ਅੱਖ ਵਿੱਚ ਨਜ਼ਰ ਘੱਟ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਜਿਸਨੂੰ ਐਨਕਾਂ ਜਾਂ ਹੋਰ ਆਪਟੀਕਲ ਸਹਾਇਤਾ ਦੁਆਰਾ ਠੀਕ ਨਹੀਂ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ, ਜੋ ਜੀਵਨ ਦੇ ਸ਼ੁਰੂਆਤੀ ਸਾਲਾਂ ਵਿੱਚ ਅਸਧਾਰਨ ਵਿਜ਼ੂਅਲ ਵਿਕਾਸ ਦੇ ਕਾਰਨ ਹੁੰਦਾ ਹੈ।

ਐਮਬਲੋਯੋਪੀਆ ਬਚਪਨ ਦੇ ਦ੍ਰਿਸ਼ਟੀਗਤ ਵਿਗਾੜ ਦਾ ਸਭ ਤੋਂ ਆਮ ਕਾਰਨ ਹੈ, ਜੋ 2-4% ਬੱਚਿਆਂ ਨੂੰ ਪ੍ਰਭਾਵਿਤ ਕਰਦਾ ਹੈ, ਅਤੇ ਜੇ ਨਿਸ਼ਾਨਾ ਇਲਾਜਾਂ ਲਈ ਸਮੇਂ ਸਿਰ ਨਿਦਾਨ ਨਾ ਕੀਤਾ ਜਾਵੇ, ਤਾਂ ਇਹ ਵਾਪਸੀਯੋਗ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ।

ਜੇਕਰ ਐਮਬਲੋਯੋਪੀਆ ਦੀ ਜਾਂਚ 6 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਤੋਂ ਪਹਿਲਾਂ ਹੋ ਜਾਂਦੀ ਹੈ, ਤਾਂ ਇਸਦਾ ਸਹੀ ਇਲਾਜ ਕੀਤਾ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ।

4 ਸਾਲ ਦੀ ਉਮਰ ਵਿੱਚ ਅੱਖਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਕਰਵਾਉਣੀ ਬਹੁਤ ਜ਼ਰੂਰੀ ਹੈ, ਕਿਉਂਕਿ ਬੱਚੇ ਇੱਕ ਅੱਖ ਵਿੱਚ ਖਰਾਬ ਨਜ਼ਰ ਦੀ ਪਛਾਣ ਆਪਣੇ-ਆਪ ਨਹੀਂ ਕਰ ਸਕਦੇ।

ਆਰਥੋਪਟਿਕ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਐਮਬਲੋਯੋਪੀਆ ਦੇ ਨਿਦਾਨ ਅਤੇ ਰੋਕਥਾਮ ਲਈ ਅੱਖਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਹੈ।

ਇਹ ਮੁਫ਼ਤ ਅਤੇ ਗੈਰ-ਹਮਲਾਵਰ ਹੈ, ਅਤੇ ਲਗਭਗ 10 ਮਿੰਟ ਤੱਕ ਰਹਿੰਦਾ ਹੈ। ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਇੱਕ ਰੇਜ਼ੀਓ ਐਮਿਲਿਆ ਸਥਾਨਕ ਸਿਹਤ ਅਥਾਰਟੀ ਦੁਆਰਾ ਕੀਤੀ ਜਾਂਦੀ ਹੈ।

ਐਨਕਾਂ ਲਗਾਉਣ ਵਾਲੇ ਬੱਚਿਆਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਨਹੀਂ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ, ਕਿਉਂਕਿ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਦਾ ਉਦੇਸ਼ ਅਣਜਾਣ ਰੋਗ ਵਿਗਿਆਨ ਨੂੰ ਉਜਾਗਰ ਕਰਨਾ ਹੈ। ਇਸ ਸਥਿਤੀ ਵਿੱਚ, ਅਸੀਂ ਇਹ ਪੁੱਛਦੇ ਹਾਂ ਕਿ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਆਪਣੇ ਮਾਹਰ ਦੇ ਨਿਦਾਨ ਦੇ ਨਾਲ ਵਾਪਸ ਭੇਜੋ।

ਸੰਪਰਕ

ਜੇਕਰ ਤੁਸੀਂ ਵਧੇਰੇ ਜਾਣਕਾਰੀ ਚਾਹੁੰਦੇ ਹੋ ਜਾਂ ਜੇਕਰ ਤੁਹਾਡਾ ਬੱਚਾ ਅੱਖਾਂ ਦੀਆਂ ਹੋਰ ਸਮੱਸਿਆਵਾਂ ਦਾ ਇਲਾਜ ਕਰਵਾ ਰਿਹਾ ਹੈ, ਤਾਂ 0522 335781 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ ਜਾਂ ਇਸ ਵੈੱਬਸਾਈਟ 'ਤੇ ਲਿਖੋ screeningortottico@pec.ausl.re.it

ਹੋਰ ਜਾਣਨ ਲਈ (ਬਹੁਭਾਸ਼ਾਈ ਸਮੱਗਰੀ) www.ausl.re.it/screening-ortottico

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਹ ਫਾਰਮ ਭਰੋ

COMPILARE LA SCHEDA

1. ਕੀ ਪਹਿਲਾਂ ਹੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀਆਂ ਅੱਖਾਂ ਦੀ ਜਾਂਚ ਹੋ ਚੁੱਕੀ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
Il bambino ha già eseguito visita oculistica? SI NO

(ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਤਾਂ ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਮਾਹਰ ਦੀ ਰਿਪੋਰਟ ਨੱਥੀ (ਅਟੈਚ) ਕਰੋ। ਆਰਥੋਪਟਿਸਟ ਇਹ ਮੁਲਾਂਕਣ ਕਰੇਗਾ ਕਿ ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਨੂੰ ਪਿਛਲੀਆਂ ਜਾਂਚਾਂ ਦੇ ਅਧਾਰ 'ਤੇ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਕਰਵਾਉਣੀ ਚਾਹੀਦੀ ਹੈ ਜਾਂ ਨਹੀਂ)।

(se SI allegare referto specialistico. In base agli esami eseguiti l'ortottista valuterà se sottoporre comunque il bimbo allo screening).

2. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਬੱਚੇ ਦੀ ਇੱਕ ਅੱਖ ਉੱਤੇ ਪੈਚ ਪੈਚ ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
Il bambino ha praticato l'occlusione (benda su un occhio)? SI NO

3. ਕੀ ਤੁਹਾਡੇ ਪਰਿਵਾਰ ਵਿੱਚ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਕੋਈ ਵਿਜ਼ੁਅਲ ਕਮਜ਼ੋਰੀ (ਘੱਟ ਨਜ਼ਰ) ਹੈ? ਹਾਂ ਨਹੀਂ
In famiglia sono presenti problemi visivi? SI NO

(ਜੇਕਰ ਹਾਂ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਕਿਸਮ ਅਤੇ ਵਿਅਕਤੀ ਦੱਸੋ: ਲੰਮੀ-ਦੂਰੀ-ਤੱਕ-ਨਜ਼ਰ, ਅਸਪੱਸ਼ਟਤਾ, ਥੋੜ੍ਹੀ-ਦੂਰੀ-ਤੱਕ-ਨਜ਼ਰ, ਭੈਂਗਾਪਣ (ਟੀਰ))

(Se SI specificare chi e di che tipo: miopia, ipermetropia, astigmatismo, strabismo)

ਇਸ ਉਪਨਾਮ ਦੇ ਨਾਲ ਹੇਠਾਂ ਦਸਤਖਤ ਕੀਤੇ ਗਏ _____ ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ _____

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

ਬੱਚੇ ਦੇ ਉਪਨਾਮ ਦੇ ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ _____ ਪਹਿਲਾ ਨਾਮ _____

genitore del minore Cognome _____ Nome _____

ਸਹਿਮਤ ਹੋ ਸਹਿਮਤ ਨਹੀਂ ਹੋ
 AUTORIZZA NON AUTORIZZA

ਕਿਸੇ ਵੀ ਵਿਜ਼ੁਅਲ ਕਮਜ਼ੋਰੀਆਂ ਦੀ ਪਛਾਣ ਕਰਨ ਦੇ ਉਦੇਸ਼ ਨਾਲ ਸਕ੍ਰੀਨਿੰਗ ਦੇ ਪ੍ਰਦਰਸ਼ਨ ਲਈ।

all'esecuzione di test ai fini di uno screening volto all'individuazione di eventuali disturbi visivi.

ਮਿਤੀ ____ / ____ / ____

ਮਾਤਾ-ਪਿਤਾ ਦੇ ਦਸਤਖਤ _____

Data ____ / ____ / ____

Firma del genitore _____

ਨਿੱਜੀ ਡੇਟਾ ਦੀ ਪ੍ਰੋਸੈਸਿੰਗ ਸਥਾਨਕ ਸਿਹਤ ਸੰਭਾਲ ਅਥਾਰਟੀ-ਆਈ.ਆਰ.ਸੀ.ਸੀ.ਐੱਸ (IRCCS) ਦੁਆਰਾ GDPR 2016/679 ਅਤੇ ਇਟਾਲੀਅਨ ਵਿਧਾਨਕ ਫ਼ਰਮਾਨ 196/2003 ਦੀ ਪਾਲਣਾ ਦੇ ਅਨੁਸਾਰ ਸੰਸ਼ੋਧਿਤ ਕੀਤੀ ਜਾਵੇਗੀ। ਨਿੱਜੀ ਡੇਟਾ ਦੀ ਪ੍ਰੋਸੈਸਿੰਗ ਦੇ ਸੰਬੰਧ ਵਿੱਚ ਸੰਪੂਰਨ ਗੋਪਨੀਯਤਾ ਨੋਟਿਸ ਇਸ ਵੈੱਬਸਾਈਟ 'ਤੇ ਪਾਇਆ ਜਾ ਸਕਦਾ ਹੈ www.ausl.re.it/privacy

Il trattamento dei dati personali avviene da parte dell'Azienda Usl-IRCCS nel rispetto del GDPR 2016/679 e D.lgs. 196/2003 e s.m.i. L'informativa completa relativa al trattamento dei dati personali è rinvenibile sul sito web www.ausl.re.it/privacy

ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ ਇਸ ਫਾਰਮ ਨੂੰ ਸਕੂਲ ਵਿੱਚ ਵਾਪਸ ਭੇਜੋ