



ВАЖНО... ХОРОШО ВИДЕТЬ



ПРЕДМЕТ: Вызов на ортоптический скрининг для раннего выявления амблиопии (ленивый глаз)

Уважаемые родители,

приглашаем Вашего ребенка пройти скрининг зрения для раннего выявления амблиопии
дата..... время..... в.....

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

Амблиопия, известная как "ленивый глаз", представляет собой снижение зрительной способности только одного глаза, которое невозможно исправить с помощью очков или оптических средств, вызванное аномальным развитием зрения в первые годы жизни.

Амблиопия является наиболее распространенной причиной педиатрической инвалидности по зрению; она затрагивает 2-4% детей и может стать необратимой, если ее не диагностировать своевременно и не найти решения с помощью целенаправленного лечения.

При диагностике амблиопии в возрасте до 6 лет, можно предусмотреть соответствующую терапию и лечение.

В 4 года важно пройти проверку зрения, потому что ребенок может сам не заметить, если один глаз видит меньше.

Ортоптический скрининг - это проверка зрения для предотвращения и диагностики амблиопии.

Он проводится бесплатно и неинвазивным путём, продолжается около 10 минут и выполняется ортоптистом Местного медицинского учреждения (USL) Реджо-Эмилии.

Носящие линзы дети проверяться не будут, поскольку целью скрининга является определение не выявленных патологий. В этом случае мы просим Вас вернуть этот документ с диагнозом специалиста.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Если Вы хотите получить более подробную информацию, или если Ваш ребенок уже состоит на учёте по другим проблемам со зрением, Вы можете позвонить по телефону 0522 335781 или написать по адресу PEC (сертифицированная электронная почта) screeningortottico@pec.ausl.re.it

Для получения дополнительной информации (материал предоставляется на нескольких языках) обращайтесь на сайт www.ausl.re.it/screening-ortottico

ЗАПОЛНИТЕ ОПРОСНЫЙ ЛИСТ

COMPILARE LA SCHEDA

1. Ребенок уже проходил проверку зрения? ДА НЕТ
Il bambino ha già eseguito visita oculistica? SI NO

(если ДА, приложите медицинское заключение специалиста. В зависимости от пройденных проверок, ортоптист примет решение о необходимости скрининга для ребенка).

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

2. Подвергался ли ребенок окклюзии (повязка на глаз)? ДА НЕТ
Il bambino ha praticato l'occlusione (benda su un occhio)? SI NO

3. Есть ли в семье проблемы со зрением? ДА НЕТ
In famiglia sono presenti problemi visivi? SI NO

(Если ДА, указать у кого и какой тип: близорукость, дальнозоркость, астигматизм, косоглазие)

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

Нижеподписавшийся/нижеподписавшаяся Фамилия _____ Имя _____

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

родитель несовершеннолетнего Фамилия _____ Имя _____

genitore del minore Cognome _____ Nome _____

РАЗРЕШАЕТ НЕ РАЗРЕШАЕТ
AUTORIZZA NON AUTORIZZA

проведение проверки с целью скрининга, направленного на выявление нарушений зрения.

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

Дата ____ / ____ / _____

Подпись родителя _____

Data ____ / ____ / _____

Firma del genitore _____

Обработка персональных данных осуществляется компанией Usl-IRCCS в соответствии с Общим регламентом по защите данных 2016/679 и Законодательным Постановлением 196/2003, а также последующими изменениями и дополнениями. С полной информацией об обработке персональных данных можно ознакомиться на веб-сайте 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

ПРОСИМ ВАС ВЕРНУТЬ ЭТОТ ДОКУМЕНТ В ДЕТСКИЙ САД