



بنام والدین برائے

یہ ضروری ہے... کہ صاف طور پر دیکھیں



موضوع: امبلائیوپیا (سست آنکھ) کی بروقت تشخیص کے مدنظر آرٹھوپٹک اسکریننگ کے لیے بلاوا

محترم والدین،

ہم آپ کے بچے کو امبلائیوپیا کی بروقت تشخیص کے مدنظر آنکھ کی اسکریننگ کے لیے بتاریخ (تاریخ).....بوقت (وقت)..... بمقام (مقام)..... مدعو کرنا چاہتے ہیں

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

امبلائیوپیا، جو عام طور پر "سست آنکھ" کے بطور معروف ہے ایک آنکھ میں بینائی کم ہو جانا ہے جس کو چشموں سے یا دیگر آنکھ سے متعلق دیگر امدادی آلات سے ٹھیک نہیں کیا جا سکتا ہے، اور جو زندگی کے ابتدائی سالوں میں خلاف معمول بصارت فروغ پانے سے ہوتا ہے۔

امبلائیوپیا بچپن میں بصارتی نقص کی سب سے عمومی وجہ ہے، جو 2-4% بچوں کو متاثر کرتی ہے، اور ابدائی معالجوں کے لیے وقت پر تشخیص نہیں ہونے پر ناقابل رجوع بن سکتی ہے۔

اگر امبلائیوپیا کی تشخیص 6 سال کی عمر سے پہلے ہو جاتی ہے تو، اس کا صحیح سے علاج ہو سکتا ہے۔

4 سال کی عمر میں آنکھ کا معائنہ کروانا اہم ہے کیونکہ بچے خود سے ایک آنکھ میں ناقص بینائی کو شناخت کرنے پر قادر نہیں ہوتے ہیں۔

آرٹھوپٹک اسکریننگ امبلائیوپیا کی تشخیص اور اس کی روک تھام کرنے کے لیے آنکھ کا ایک معائنہ ہے۔

یہ مفت ہے اور اس میں کوئی چیز پھاڑ نہیں ہوتی ہے، اور اس میں لگ بھگ 10 منٹ لگتے ہیں۔ اسکریننگ کا کام ریجیو ایمیلیا لوکل ہیلتھ اتھارٹی کے آرٹھوپٹسٹ کے ذریعے انجام دیا جاتا ہے۔

جو بچے چشمے پہنتے ہیں ان کا ٹیسٹ نہیں کیا جائے گا کیونکہ اسکریننگ کا مقصد نامعلوم امراضیات کو نمایاں کرنا ہے۔ اس صورت میں، ہماری گزارش ہے کہ آپ اس فارم کو اپنے اسپیشلسٹ کی تشخیص کے ساتھ واپس بھیجیں۔

روابط

اگر آپ کو مزید معلومات چاہئیں یا اگر آپ کے بچے کو آنکھ کے دوسرے مسائل کے لیے معالجہ موصول ہو رہا ہے تو، 0522 335781 پر کال کریں یا screeningortottico@pec.ausl.re.it پر لکھیں

مزید (کثیر لسانی مواد) پتہ کرنے کے لیے www.ausl.re.it/screening-ortottico

COMPILARE LA SCHEDA

1. کیا آپ کے بچے نے پہلے ہی آنکھ کا معائنہ کروا لیا ہے؟
 ہاں نہیں
 NO SI *Il bambino ha già eseguito visita oculistica?*

(اگر ہاں تو، براہ کرم اسپیشلسٹ کی رپورٹ منسلک کریں۔ کسی پچھلے معائنتوں کی بنیاد پر آرٹھوپیسٹ تشخیص کرے گا کہ آیا آپ کے بچے کو اسکریننگ کروانی چاہیے۔)

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

2. کیا آپ کے بچے کی ایک آنکھ پر پیچ ہے؟
 ہاں نہیں
 NO SI *Il bambino ha praticato l'occlusione (benda su un occhio)?*

3. کیا آپ کی فیملی میں کوئی بصراتی نقص ہے؟ ہاں نہیں
 NO SI *In famiglia sono presenti problemi visivi?*

(اگر ہاں تو، براہ کرم قسم اور شخص کی وضاحت کریں: (دور تک دیکھنے کی صلاحیت، کج نظری، قریب دیکھنے کی صلاحیت، بھینگا)

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

زیر دستخطی جس کا سر نام _____ پہلا نام _____

Nome _____ Il/la sottoscritto/a Cognome _____

بچے کے والدین کا سر نام _____ پہلا نام _____

Nome _____ genitore del minore Cognome _____

منظور کرتا ہے منظور نہیں کرتا ہے
 NON AUTORIZZA AUTORIZZA

کسی بصراتی نقائص کو شناخت کرنے کی غرض سے اسکریننگ کروانے کو۔

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

تاریخ ___ / ___ / ___ والدین کے دستخط _____

Firma del genitore _____ Data ___ / ___ / _____

ذاتی ڈیٹا پر کارروائی کا عمل لوکل ہیلتھ کیئر اتھارٹی IRCCS کے ذریعے GDPR 2016/679 اور اطالوی قانون کے فرمان 2003/196، ترمیم شدہ کے مطابق انجام دیا جائے گا۔ ذاتی ڈیٹا پر کارروائی کرنے کے سلسلے میں رازداری کا پورا نوٹس ویب سائٹ www.ausl.re.it/privacy پر مل سکتا ہے

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

براه کرم یہ فارم اسکول کو واپس کریں