

DREJTORIA ARSIMORE E FILADELFIAS  
ZYRA E EDUKIMIT TË FËMIJËRISË SË HERËSHME  
QENDRA MËSIMORE  
440 N. BROAD STREET, 2<sup>nd</sup> FLOOR- PORTAL C  
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130-4015

Telefon: 215-400-4270

Fax: 215-400-4272

Qendra: \_\_\_\_\_

Emri i Fëmijës: \_\_\_\_\_

Fëmija juaj ka kryer një kontroll mjekësor për dëgjimin dhe/ose shikimin. Rezultatet janë

**Rezultatet për Dëgjimin**                      **Data e kontrollit** \_\_\_\_\_

- Kalon Testin e Dëgjimit
- Nuk Kalon Testin e Dëgjimit – Ka nevojë për: (Shikoni më poshtë)
- Rikontroll per Degjimin - Komete \_\_\_\_\_
- Ka munguar \_\_\_\_\_

**Rezultatet për Shikimin**                      **Data e kontrollit** \_\_\_\_\_

- Kalon Testin e Shikimit
- Nuk Kalon Testin e Shikimit - Ka nevojë për: (Shikoni më poshtë)
- Ka munguar \_\_\_\_\_

---

**Nuk kalon testin e Dëgjimit dhe/ose Shikimit**

Ju lutemi kthejeni pjesën në fund te mesuesi i fëmijës tuaj, pasi të plotësohet nga mjeku.

**RAPORT I MJEKUT**

Diagnozat:

Trajtimi:

Data e Trajtimit:

Emri i Mjekut (Ju lutemi shkruani qartë)

\_\_\_\_\_

Firma e Mjekut

Data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Keep Me Home If...

*Nuk  
ndjem  
mirë*



Ndjehet i lodhur, i zverdhur, mungesë oreksi, konfuz ose tekanjoz.

*Kam të  
vjella*



Dy ose më shumë herë në 24 orë.

*Kam  
fytin e  
skuqur*



Me ethe ose vështirësi gëlltitjeje, ose bajamet e enjtura.

*Kam  
infekcion  
në sy*



Mukus ose qelb në sy.

*Kam  
diarre*



2 ose më shumë herë në 24 orë.

*Skuqje,  
ose morra  
në koke*



Skuqje e trupit me ethe, ose kruajtje, ose morra në kokë.

*Kam  
otho*



Dhe skuqje të fytyrës, skuqje lëkure, të vjella, diarre, ose thjesht nuk ndjem mirë

## ...and When I Am Sick:

1. Bëni plan rezervë për dikë që të kujdeset për mua.
2. Thujini mësuesit se çfarë kam, edhe nëse qëndroj në shtëpi.

DREJTORIA ARSIMORE E FILADELFIAS  
ZYRA E EDUKIMIT TË FËMIJËRISË SË HERËSHME  
QENDRA MËSIMORE  
440 N. BROAD STREET, 2<sup>nd</sup> FLOOR- PORTAL C  
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130-4015

Telefon: 215-400-4270

Fax: 215-400-4272

Data \_\_\_\_\_

I Dashur Prind/Kujdestar,

Sot fëmija juaj, \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_ është kafshuar nga një femijë tjetër./was bitten by another child

\_\_\_\_\_ ka kafshuar një femijë tjetër./bit another child

Kur nga kafshimi lihet shenjë që tregon se lëkura është gërvishtur, ka mundësi që mikrobet që janë në gojë të kalojnë në trup nëpërmjet lëkurës së dëmtuar. Nganjëherë gërvishtja është kaq e vogël, sa nuk mund të shikohet me sy, por megjithatë mikrobet depërtojnë. Ka mundësi gjithashtu që edhe mikrobet të cilat gjenden në lëkurën e atij që është kafshuar, të transmetohen në gojën e femijës që ka kafshuar.

**JU LUTEMI SIGUROHUNI QE:**

Në rast se fëmija juaj është kafshuar, personeli i ka dhënë ndihmën e parë, duke pastruar zonën e kafshuar me ujë dhe sapun dhe e ka mbuluar në rast nevoje me bandazh.

Në rast se fëmija juaj ka kafshuar një femijë tjetër, personeli e ka ndihmuar atë të shpërlajë gojën me ujë.

Pavarësisht nëse fëmija juaj është kafshuar, apo ka kafshuar një femijë tjetër, ka rrezik për infeksion. Ne ju rekomandojmë që të telefononi mjekun e femijës tuaj dhe të ndiqni udhëzimet e tij. Në rastet kur është e nevojshme që fëmija të vizitohet nga mjeku, ju lutemi merrni prej tij një shënim me shkrim, në pjesën e pasme të kësaj letre, ose në fund të formularit “**Ouch Form**” dhe silleni te mësuesi i femijës. Në rast se keni pyetje të tjera, ju lutemi kontaktoni me Susan Aichele, Koordinatore e Shëndetit, me numër telefoni 215-400-5671.

DREJTORIA ARSIMORE E FILADELFIAS  
ZYRA E EDUKIMIT TË FËMIJËRISË SË HERËSHME  
QENDRA MËSIMORE  
440 N. BROAD STREET, 2<sup>nd</sup> FLOOR- PORTAL C  
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA 19130-4015

Telefon: 215-400-4270

Fax: 215-400-4272

Data: \_\_\_\_\_

Njoftim # \_\_\_\_\_

Dërguar: Prindit/Kujdestarit të \_\_\_\_\_

Tema: **Kerkëse për: Pranim** \_\_\_\_\_ **Kopësht** \_\_\_\_\_ **Rikthim** \_\_\_\_\_

Nga shqyrtimi i rekordeve të femijës tuaj, konstatova se, ai/ajo nuk e ka dosjen e plotë mjekësore. **Ju lutemi planifikoni MENJËHERË një takim** me mjekun e femijes tuaj, për marrjen e informacionit të mëposhtëm.

Ju lutemi plotësoni nga mjeku i femijës tuaj, formularët bashkëngjitur përfshirë datën e plotë; p.sh. Muaji/Dita/Viti për secilën kërkesë të mëposhtëme.

Physical Exam	_____	{ Last physical _____ }
Dental Exam	_____	{ Last dental _____ }
Follow up Vision exam	_____	
Follow up Hearing exam	_____	
DPT	_____	TB TEST _____
POLIO	_____	LEAD _____
HEPATITIS B	_____	HEMOGLOBIN/
MMR	_____	HEMATOCRIT _____
VARICELLA	_____	BLOOD PRESSURE _____
PNEUMOCOCCAL	_____	
HIB	_____	

**Ju faleminderit për bashkëpunimin dhe ndihmën në mbajtjen e Mjedisit Parashkollor të Femijës tuaj të shëndetshëm.**

**Infermierja Juaj e Edukimit të Hershëm**