DREJTORIA ARSIMORE E FILADELFIAS

The School District of Philadelphia

SHERBIMI SHENDETESOR I SHKOLLES

School Health Services

RAPORT I TESTIT TE DEGJIMIT PER PRINDERIT DHE DOKTORIN
HEARING TEST REPORT TO PARENTS AND PHYSICIAN

_____
DATA/*DATE*

_____ _____
EMRI I NXENESIT/*NAME OF STUDENT* DATELINDJA/*DATE OF BIRTH*

_____ _____
DHOMA/*ROOM#* KLASA/*GRADE*

I dashur Prind/Kujdestar:

Si pjesë e programit Shëndetësor të Shkollave, ne kemi kryer testin e dëgjimit. Ne rekomandojmë, që fëmija juaj të kontrollohet më hollësisht nga një mjek specialist i dëgjimit.

Arsyeja për këtë reference nga infermieri i shkollës:
Rezultatet e testit të pragut të dëgjimit:

DATA/*DATE*	VESHI I DJATHTE/*RIGHT EAR*						VESHI I MAJTE /*LEFT EAR*					
	250	500	1000	2000	4000	8000	250	500	1000	2000	4000	8000

Meqenëse çrregullimet në dëgjim mund të ndikojnë në mësim, është e rëndësishme të plotësohet kjo reference.

Ju falenderojmë për bashkëpunimin tuaj. Nëse keni ndonjë pyetje, ose kërkoni asistencën time, ju lutemi më kontaktoni .

INFERMIERI I SHKOLLES/*CERTIFIED SCHOOL NURSE/PRACTIONER*_____

SHKOLLA/*SCHOOL*_____

ADRESA E SHKOLLES/*SCHOOL ADDRES*_____

NR. TELEFONIT/*PHONE NUMBER*_____

E RENDESISHME:

Ju lutemi, merreni me vehte këtë formular tek doktori në kohën e kontrollit. Pasi doktori të ketë plotësuar informacionin bashkëngjitur, kthejeni atë te infermierja e shkollës/*Important:*

Please take this form to your doctor at the time of the examination. When the doctor has completed the information on the back, return it to the school nurse.

RAPORT I DOKTORIT PER VLERESIMIN E DEGJIMIT, PER INFERMIERIN E SHKOLLES/
PHYSICIAN'S REPORT OF HEARING EVALUATION TO SCHOOL NURSE/PRACTITIONER

SHENIM PER DOKTORIN:/*NOTE TO THE PHYSICIAN* :

KA RENDESI QE NJE KOPJE E AUDIOGRAMES TUAJ T'I BASHKENGJITET KETIJ RAPORTI/*IT IS IMPORTANT THAT COPY OF YOUR AUDIOGRAM BE ATTACHED TO THIS REPORT.*

EMRI I NXENESIT/*NAME OF STUDENT*_____

DATA E VLERESIMIT */DATE OF EVALUATION*_____

DIAGNOZA /*DIAGNOSIS*_____

LLOJI I HUMBJES SE DEGJIMIT */TYPE OF HEARING LOSS*_____

TRAJTIMI */TREATMENT*_____

PROGNOZAT */PROGNOSIS*_____

REKOMANDIMET */RECOMMENDATIONS*:

VEND I VEÇANTE NE KLASE /*SPECIAL SEATING IS ADVISED IN THE CLASSROOM* ☐PO /Yes ☐JO/No

NESE PO, PERSHKRUAJE: */IF YES, DESCRIBE*:

_____

_____

DATA E TAKIMIT TJETER/*DATE OF NEXT APPOINTMENT*_____

REKOMANDIME TE TJERA */OTHER RECOMMENDATIONS*_____

_____

EMRI I DOKTORIT */PHYSICIAN'S NAME*_____DATA E KONTROLLIT */DATE OF EXAM*_____

FIRMA E DOKTORIT */PHYSICIAN'S SIGNATURE*_____TELEFON/*TELEPHONE*_____

Për informacione dhe dokumente të tjerë të përkthyera në Gjuhën Shqipe, ju lutemi vizitoni uebsajtin: www.philasd.org/language/albanian