

DREJTORIA ARSIMORE E FILADELFIAS  
The School District of Philadelphia

SHERBIMI SHENDETESOR I SHKOLLES  
School Health Services

**REFERENCE PER KONTROLLIN E SHIKIMIT/VISION SCREENING REFERRAL**

Emri/Name \_\_\_\_\_ Mosha /Age \_\_\_\_\_ Seksi/Sex \_\_\_\_\_

Adresa /Address \_\_\_\_\_

Shkolla /School \_\_\_\_\_ Dhoma/Klasa /Room/Grade \_\_\_\_\_

I dashur Prind/Kujdestar:

Ne kemi përfunduar kontrollin e shikimit, si pjesë e Programit Shëndetësor Shkollor. Rezultatet e testit të shikimit të fëmijës tuaj, sugjerojnë një kontroll më të imtë nga një Mjek Specialist i Syrit. # **Shënim:** Mos kalimi i Testit të Ngjyrave nuk është kërkesë për kontroll te Mjeku Specialist. Rezultatet e testeve të kontrollit të syve nga shkolla janë si më poshtë:

**TESTET E KONTROLLIT TE SHIKIMIT NE SHKOLLE**  
**SCHOOL VISION SCREENING TEST**

Data/Date \_\_\_\_\_

**REZULTATET/FINDINGS :**

1 Mprehtësia e Shikimit /Visual Acuity:	LARG/FAR		AFER/NEAR	
	Djathtas/R	Majtas /L	Djathtas /R	Majtas/L
Me Syze/With glasses	___ <input type="checkbox"/> Kalon /Passed	___ <input type="checkbox"/> Nuk kalon /Failed	___ <input type="checkbox"/> Kalon /Passed	___ <input type="checkbox"/> Nuk kalon /Failed
Pa Syze/Without glasses	___ <input type="checkbox"/> Kalon /Passed	___ <input type="checkbox"/> Nuk kalon /Failed	___ <input type="checkbox"/> Kalon /Passed	___ <input type="checkbox"/> Nuk kalon /Failed

2. Lente Konvekse /Convex lens  Kalon /Passed  Nuk kalon /Failed  Pa testuar /Not tested
3. Shikimi i Ngjyrave /Color Vision  Kalon (Passed)  Nuk kalon /Failed  Pa testuar /Not tested  
\*(Nuk kërkohet kontroll/ Eye exam not required)
4. Perceptimi në Thellësi /Stereo/Depth Perception  Kalon/Passed  Nuk kalon /Failed  Pa testuar /Not tested

Komente

/Comments: \_\_\_\_\_

Meqenëse çrregullimet e shikimit, mund të ndikojnë në të mësuarit, është e rëndësishme që Mjeku Specialist i Syve të plotësojë formularin bashkëngjitur dhe ta kthejë atë në shkollë.

Faleminderit për Bashkëpunimin. Nëse keni pyetje, ose këkohet asistenca Ime, ju lutem më kontaktoni.

Infermieri i Shkollës /School Nurse/Nurse Practitioner: \_\_\_\_\_

Nr. Telefonit /Telephone Number \_\_\_\_\_ Nr. Faksit/Fax Number \_\_\_\_\_

**RAPORTI I MJEKUT SPECIALIST TE SYVE**  
**EYE CARE SPECIALIST REPORT**

Emri i Nxënësit /Student's Name \_\_\_\_\_ Data/Date \_\_\_\_\_

Mprehtësia e Shikimit /Visual Acuity	LARG/ /FAR		AFER /NEAR	
	Djathtas /R	Majtas /L	Djathtas /R	Majtas /L
Pa korigjim /Without correction:	—	—	—	—
Me korigjim /With correction	—	—	—	—

Diagnozat, ose shpjegimi i konditave të syve /Diagnosis or explanation of eye condition:

---



---



---

Plani i Trajtimit /Plan of Treatment

- |   |                                  |                                 |
|---|----------------------------------|---------------------------------|
| Përshkrimi i Syzeve /Glasses Prescribed | <input type="checkbox"/> Po /Yes | <input type="checkbox"/> Jo /No |
| Ti Mbajë Gjithmonë /Constant Wear       | <input type="checkbox"/> Po/Yes  | <input type="checkbox"/> Jo /No |
| Në Punë Afër /Near Work Only            | <input type="checkbox"/> Po /Yes | <input type="checkbox"/> Jo /No |
| Në Punë Larg /Distance Work Only        | <input type="checkbox"/> Po /Yes | <input type="checkbox"/> Jo /No |
| Lente Kontakti /Contact(s) Prescribed   | <input type="checkbox"/> Po /Yes | <input type="checkbox"/> Jo /No |

Rekomandime për Shkollën /Recommendation for school:

---



---

Vizita e Ardhëshme /Return visit: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
EMRI I SPECIALISTIT TE SYVE /PRINT NAME OF EYE CARE SPECIALIST

\_\_\_\_\_  
FIRMA/SIGNATURE

\_\_\_\_\_  
TELEFONI/ TELEPHONE

JU LUTEMI KTHEJENI FORMULARIN TE  
INFIERMIERI I SHKOLLES/PLEASE RETURN THIS  
FORM TO SCHOOL-ATTEN: SCHOOL NURSE

SHKOLLA /SCHOOL NAME: \_\_\_\_\_

ADRESA /ADDRESS: \_\_\_\_\_

KODI POSTAR /ZIP CODE: \_\_\_\_\_

FAKS PER /OR FAX TO: \_\_\_\_\_

Për informacione dhe dokumente të tjerë të përkthyer në Gjuhën Shqipe, ju lutemi vizitoni uebsajtin: [www.philasd.org/language/albanian](http://www.philasd.org/language/albanian)