DREJTORIA ARSIMORE E FILADELFIAS

The School District of Philadelphia

SHERBIMI SHENDETESOR I SHKOLLES

School Health Services

REFERENCE PER SCOLIOSIS/*SCOLIOSIS REFERRAL*

DREJTORIA ARSIMORE: Filadelfia Njesia: Filadelfia（26）

Emri i Fëmijës/*Name of Child*	Seksi /*Sex*	Klasa /*Grade*	Data/*Date*
Adresa e Shtëpisë /*Home Address*			
Shkolla /*School*		Vendi /*Location No.*	

I dashur Prind/Kujdestar:

Në kontrollin më të fundit shëndetësor fëmija juaj ka çfaqje të skoliosis, ose të kurbaturës së shpinës. Në këtë rast është e rekomandueshme të bëhen vlerësime më të hollësishme për të përcaktuar nëse ka nevojë për trajtim mjekësor. Efektet e skoliosis varen nga rasti, kapja në faza të herëshme dhe shpejtësia e trajtimit. Ju lutemi egzaminojeni fëmijën tuaj me mjekun e familjes, ose bashkëpunoni me infermierin e shkollës për burime të tjera trajtimi.

Ju lutemi plotësojeni formularin bashkëngjitur me mjekun dhe kthejeni atë sa më shpejt te infermieri i shkollës.

_____
Infermieri i Shkollës/*School Nurse*

_____
Terapisti /*Physical Therapy Consultant*
Pennsylvania Department of Health
Or Qualified Screener

_____
Telefoni/*Telephone*

RAPORTI I MJEKUT TE SCOLIOSIS/*PHYSICIAN SCOLIOSIS REPORT*

I dashur Mjek:

Departamenti i Shëndetit i Pensilvanisë ka vënë në zbatim regulla, që çdo fëmjë i klasave të 6 dhe të 7 (11 dhe 12 vjeçarë) të kontrollohet për scoliosis. *./The Pennsylvania Department of Health has adopted regulations regarding each child in grades 6 and 7 and age appropriate (11 and 12 years of age) children in ungraded classes to be screened for scoliosis*

Përmes përdorimit të metodave të mëposhtëme, kemi konstatuar një kurbëzim të shpinës të mundshëm te ky nxënës. Ju lutemi shënoni rezultatet tuaja në listën e në vazhdim*/By using the method depicted below a possible spinal curvature was noted on this student. Please note your findings on the checklist below.*

GJETUR GJATE KONTROLLIT

1Brinjë/Gungë Në Pjesën e Mesit/*Rib/Hump lumbar Rotation*

___Gungë në Brinjën Djathtas (RT)
___ Gungë në Brinjën Majtas (LT)
___Deformim në Pjesën Djathtas (RL)
___ Deformim në Pjesën Djathtas (LL)

2.Kondita të tjera Ortopedike
___Niveli i Pelvikut
___Çapoku Djathtas më Lart (HR)
___ Çapoku Majtas më Lart (HL)
___Kyphosis (K)
___Lordosis (L)
___Të tjera/Other

REZULTATET E MJEKUT /*PHYSICIAN'S FINDINGS*

EGZAMINIMI */EXAMINATION*	Ju lutemi çekoni *Please check*	REKOMANDIMI /RECOMMENDATION	Ju lutemi çekoni *Please check*
1.Konfirmim i Scoliosis */Scoliosis confirmed* *Kryer radiografia */*X-ray taken* Shkalla e Kurbaturës(specifikojeni)/Degree of curve (specify)_____	☐	1.Observim I mëtejshëm*(O)*	☐
		2.Rekomandohet Lidhje*(B)*	☐
2.Ka mundësi për Scoliosis*/Possible Scoliosis* Nuk është kryer radiografi */No X-ray taken*	☐	3.Rekomandohet Kirurgji*(S)*	☐
		4.Nuk ka nevojë për trajtim *(D)*	☐
3.Nuk ka scoliosis/*No scoliosis* Kryer radiografia */X-ray taken*	☐	5.Komente */Comments*: _____	
4. Nuk ka scoliosis/*No scoliosis* Nuk është kryer radiografi */No X-ray taken*	☐	Firma/*Signature*_____	
5. Të tjera ortopedike*/Other orthopedic conditions confirmed*	☐	_____ *MjekuPhysician (Print)*	

*AP radiografi, rekomanduar nga Akademia Amerikane e Kirurgëve Ortopedikë */Single erect AP X-ray for baseline recommended by the American Academy of Orthopedic Surgeons*

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