

بسمه تعالی

دستورالعمل برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم در کودکان ۳ تا ۶ سال بازنگری در سال ۱۳۹۶

مرکز توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد
معاونت پیشگیری از معلولیت‌ها



سازمان بهزیستی کشور



برنامه کشوری
پیشگیری از تنبلی چشم

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

کلیات :

۲	- تاریخچه برنامه
۳-۵	- تعریف واژگان
	<u>ماده ۱- شرح وظایف :</u>
۶-۹	- وظایف معاونت امور پیشگیری بهزیستی استان
۹-۱۰	- وظایف کارشناس مسئول اجرای برنامه در هر شهرستان
۱۰-۱۱	- وظایف غربالگران
۱۱	- وظایف اپتومتریستها
۱۲	- وظایف چشم پزشک ها
	<u>ماده ۲- آموزش :</u>
۱۲	۲-۱- برگزاری کلاس های آموزشی
۱۳	۲-۲- نحوه آموزش
	<u>ماده ۳ - شرایط و روش غربال تنبلی چشم و تجهیزات:</u>
۱۴-۱۵	- تجهیزات لازم در سه سطح برنامه
	<u>ماده ۴ - نظارت و ارزشیابی :</u>
۱۶	- ساختار سیستم نظارت
۱۷	- شرایط انتخاب بخش غیردولتی همکار در نظارت
۱۷	- نظارت در مرحله غربال
۱۹	- نظارت بر سیستم پیگیری
۱۹	- نظارت بر ورود اطلاعات

ضمایم :

- کلیاتی پیرامون دستگاه غربالگر عیوب انکساری
- دستورالعمل تخصصی برنامه پیشگیری از تنبلی چشم ،ویژه اپتومتریست ها
- چک لیست ها : ستادی ،استانی، پایگاه غربالگری
- پرسشنامه آزمون ویژه غربالگران
- فرمها : ویژه غربالگر ، اپتومتریست و چشم پزشک
- کارت سنجش بینایی
- کارت سلامت بینایی

۱- تاریخچه برنامه :

این برنامه توسط سازمان بهزیستی کشور پس از اجرای آزمایشی در مهدها و آمادگی های شهر بندرعباس (سال ۷۴) و سپس شهرستان اصفهان (سال ۷۵) به تدریج گسترش پیدا کرد و در سال ۷۶ در سطح مهدها و آمادگی های سطح کشور و در سال ۷۷ در کلیه شهرها و روستاهای کشور اجرا شد. لازم به توضیح است در ابتدا برنامه مذکور در یک ماه از سال ، در آبان ماه اجرا می شده و طی آن نیروهای آموزش دیده با استفاده از چارت E کودکان گروه هدف را غربال می کردند. به دنبال فراهم آمدن بسترهای مناسب فرهنگی ، با هدف نهادینه شدن برنامه و افزایش میزان دسترسی ، افزایش جمعیت تحت پوشش و نیز ارتقاء کیفیت آن، سازمان بهزیستی کشور از آذرماه سال ۱۳۸۷ اقدام به استقرار پایگاههای دائمی غربالگری تنبلی چشم در سراسر کشور نموده که هم اکنون در آنها غربال تنبلی چشم کودکان ۶-۳ ساله با استفاده از چارت E و دستگاههای غربالگر عیوب انکساری ، توسط افراد آموزش دیده در تمام طول سال انجام می شود.

لازم به توضیح است از سال ۱۳۸۷ همزمان با استقرار پایگاههای دائمی غربالگری تنبلی چشم ،سازمان بهزیستی کشور با بهره گیری از بودجه های وزارت رفاه مبادرت به خرید دستگاههای غربالگر عیوب انکساری جهت نیل به اهداف ذیل نموده است :

افزایش میزان دسترسی کودکان به خدمات غربالگری بویژه در مناطق محروم و صعب العبور، افزایش تعداد کودکان تحت پوشش برنامه و ارتقاء کارایی و اثر بخشی پایگاههای دائمی.

در برنامه پیشگیری از تنبلی چشم که توسط مرکز توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد سازمان بهزیستی کشور در طول سال اجرا می گردد، گروه هدف شامل **کودکان ۶ - ۳ ساله و کودکان پیش دبستانی ۲** می باشند. این برنامه در ۳ سطح اجرا می شود. در سطح اول، غربال توسط افرادی انجام می شود که بصورت تئوری و عملی آموزش دیده و با استفاده از چارت اسنلن ودر شرایط استاندارد برای غربال کودکان اقدام می کنند. معیار ارجاع به سطح دوم **خط هفتم** چارت می باشد. تعداد کافی و توزیع مناسب این افراد در کلیه شهرها و روستاهای کشور، امکان ارائه خدمات به کلیه کودکان گروه هدف را فراهم می سازد. برای غربال کودکان ۳ تا ۴ ساله و کودکانی که غربال آنها با چارت امکان پذیر نیست، از جمله کودکان خجالتی و دارای اختلالات ذهنی ، از دستگاه غربالگر عیوب انکساری که باشاخصهای غربالگری بین المللی تنظیم شده است استفاده می شود. پس از انجام غربال ، کلیه "کودکان ارجاعی " برای تشخیص قطعی به سطح دوم برنامه ارجاع می شوند. در سطح دوم ، "کودک ارجاعی " شناسایی شده در سطح اول ، توسط اپتومتریست مورد معاینه قرار می گیرد و در صورت تشخیص بیماری تحت درمان لازم قرار می گیرد. در ادامه روند تشخیص قطعی درموردی که کودک با نظر اپتومتریست، نیاز به معاینه و درمان تخصصی تری داشته باشد به سطح سوم برنامه ارجاع شده و توسط چشم پزشک معاینه شده و در صورت لزوم تحت درمان قرار می گیرد. در مرحله دوم و سوم چنانچه کودک " قبول " باشد با دریافت کارت سلامت از برنامه خارج می شود .

در کلیه سطوح، کودکان ارجاعی و بیمار تا تشخیص قطعی و درمان کامل ، مورد پیگیری قرار می گیرند.

۲- تعریف واژگان :

- پیشگیری:

مجموعه‌ای از فعالیتهای منسجم برای جلوگیری از وقوع و پیشرفت بیماری‌ها و به کارگیری اقداماتی در جهت افزایش سلامت و Well-being در جامعه

- غربالگری:

آزمونی سریع و قابل پذیرش توسط فرد غربال شده که حساسیت و ویژگی تعریف شده مطلوب جهت تمایز گروه (احتمالاً) بیمار از گروه (احتمالاً) سالم را دارا باشد.

- آمبلیوپی (تنبلی چشم):

تنبلی چشم یک اختلال اکتسابی بینایی یکطرفه و گاه دوطرفه‌ای است که پس از رفع هرگونه عیب انکساری و یا ضایعه ارگانیک در چشم برطرف نشده و کماکان باقی می‌ماند.

- عیب انکساری:

نقیصه اپتیک که مانع از رسیدن پرتوهای نور به یک کانون واحد روی شبکیه می‌شود.

- استراییسم:

هرگونه انحراف از امتداد درست چشم.

- کودک قبول :

کلیه کودکانی که حدت بینایی آنها برابر $(\frac{7}{10})$ یا $\frac{20}{30}$ یا بیشتر باشد.

- کودک ارجاعی:

کلیه کودکانی که حدت بینایی آنها کمتر از $(\frac{7}{10})$ یا $\frac{20}{30}$ باشد، کلیه کودکانی که از نظر ظاهری دچار انحراف چشم باشند و همچنین کودکانی که به علت عدم همکاری امکان غربال بینایی آنها وجود نداشته است.

- کودک بیمار:

کلیه کودکانی که حدت بینایی آنها کمتر از $(\frac{7}{10})$ یا $\frac{20}{30}$ باشد.

- کم بینایی:

دید پس از اصلاح کمتر از $\frac{6}{18}$ اما در چشم سالم‌تر مساوی یا بیشتر از $\frac{3}{6}$

- نابینایی:

حدت بینایی کمتر از $\frac{3}{6}$ یا افت میدان دید کمتر از ۲۰ درجه در چشم سالم‌تر پس از بیشترین حد ممکن رفع عیب انکساری (WHO)

- اختلال بینایی:

بیماری‌هایی که با فعالیتهای طبیعی بینایی چشم تداخل می‌کنند.

- مهد کودک:

به مرکز، موسسه و کانون فرهنگی تربیتی دولتی یا غیردولتی اطلاق می‌گردد که مسئولیت مراقبت و فرآیند یاددهی - یادگیری کودکان در ابعاد زیستی، روانی و اجتماعی را عهده‌دار می‌باشد و با فراهم آوردن فرصت‌ها و تجارب یادگیری متنوع برای کودکان، تحقق این مهم را در روستا و شهر میسر می‌سازد.

- پایگاه غربالگری تنبلی چشم:

به تعدادی از مهدهای کودک و دبستانهای دارای آمادگی، مجتمع بهزیستی غیر دولتی، خانه‌های بهداشت، مراکز غیر دولتی و... اطلاق می‌شود که در این مکانها کار غربال تنبلی چشم در سطح اول برنامه توسط افراد آموزش دیده شامل مربی، معلم و بهورز، کارشناس مرکز غیر دولتی و ..، با استفاده از چارت E و با دستگاه غربالگر عیوب انکساری انجام می‌شود. پایگاه برحسب زمان فعال بودن می‌تواند دایمی (فعال در طول سال) یا غیردایمی (فعال در زمان محدود بویژه آبان و آذر) باشد.

- مراجعه:

- مراجعه به سطح دوم: پس از ارجاع توسط غربالگر به اپتومتریست، مراجعه کرده باشد.
- مراجعه به سطح سوم: پس از ارجاع توسط اپتومتریست، به چشم‌پزشک، مراجعه کرده باشد.

- خدمات ثابت در برنامه غربالگری:

ارائه خدمات در یک مکان مشخص که از نظر زمانی می‌تواند دایمی یا غیردایمی باشد.

- خدمات سیاری در برنامه غربالگری:

خدماتی که به صورت سیاری توسط هر نوع پایگاه دایمی یا غیردایمی ارائه گردد.

- کودک شهری:

کودکی که محل سکونت وی در هنگام غربال و مراقبتهای بعدی در شهر بوده است.

- کودک روستایی:

کودکی که محل سکونت وی در هنگام غربال و مراقبت‌های بعدی در روستا بوده است.

- **چارت E (اسنلن چارت):**

چارتی که بمنظور تعیین حدت بینایی (دید دور) با اشکال حرف انگلیسی (E) تهیه شده ، استاندارد بوده و برای غربال تنبلی چشم کودکان در سطح نخست برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم مورد استفاده قرار می گیرد .

- **پیگیری:**

در برنامه غربالگری تنبلی چشم ، مراجعه "کودکان ارجاعی" از سطح اول به سطح دوم برنامه و مراجعه کودکان ارجاع شده از سطح دوم به سطح سوم و نیز پیگیری در خصوص کودکان بیمار تشخیص داده شده توسط اپتومتریست و چشم‌پزشک مطابق جدول زمان‌بندی موجود در دستورالعمل‌های تخصصی و پیگیری برنامه

- **نظارت:**

بررسی عملکرد برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم توسط معاونت امور پیشگیری بهزیستی استان و یا مرکز توسعه پیشگیری و درمان اعتیاد بهزیستی کشور

- **قابلیت اعتبار Validity:**

اصطلاح قابلیت اعتبار درجه صحت اندازه‌گیری آزمون در مورد اندازه‌گیری شده است. به عبارت دیگر قابلیت اعتبار بیان‌کننده توانایی آزمون در تشخیص و جداکردن موارد بیمار از غیر بیمار می‌باشد و دارای دو جزء حساسیت (Sensitivity) و ویژگی (Specificity) است.

- **حساسیت Sensitivity:**

عبارت است از توانایی آزمون در شناسایی درست همه کسانی که بیمار هستند: یعنی مثبت واقعی

- **ویژگی Specificity:**

عبارت است از توانایی آزمون در شناسایی درست همه کسانی که بیمار نیستند: یعنی منفی واقعی

- **دستگاه غربالگر عیوب انکساری :**

دستگاه‌های فوتو رفرکتومتر هستند که در سطح اول برنامه پیشگیری از تنبلی چشم، برای غربال کودکان ارجاعی از کودکان سالم بر مبنای شاخص‌های استاندارد بین المللی مورد استفاده قرار می‌گیرند.

ماده ۱ - شرح وظایف:

۱-۱- وظایف معاونت امور پیشگیری بهزیستی استان:

این وظایف در برگیرنده ی وظایف معاون پیشگیری و کارشناس مسئول برنامه در استان می باشد که به شرح ذیل است . بدیهی است برنامه ریزی در سطح کلان ، حمایت ، پشتیبانی و نظارت بر عملکرد کارشناس مسئول برنامه از اهم وظایف معاون پیشگیری استان می باشد .

۱-۱-۱- تشکیل تیم اجرایی برنامه شامل: انتخاب^۱ کارشناس ناظر و مسئول اجرای برنامه (مسئول برنامه در استان^۲ و^۳ شهرستان)

تبصره ۱ - افرادی می بایست به عنوان مسئول و ناظر برنامه استفاده شوند که سابقه فعالیت در این برنامه را داشته باشند.

۱-۱-۲- هماهنگی با سایر معاونتهای سازمان در اجرای برنامه و استفاده از نیروهای کارشناسی ایشان با استناد به بخشنامه ی ریاست محترم سازمان که هر ساله به استانها ابلاغ می گردد.

۱-۱-۳- فرا خوان جهت جذب اپتومتریستها و چشم پزشکیان داوطلب و عقد قرار داد باچشم پزشکیان و اپتومتریست هایی که آمادگی خود را برای همکاری با برنامه اعلام کرده اند .

تبصره ۲ - در صورتی که کلیه شهرستانهای استان دارای حداقل یک اپتومتریست باشند، هر اپتومتریست به کلیه کودکان شهرستان تحت نظر خود سرویس خواهد داد، در صورتی که یک یا چند شهرستان فاقد اپتومتریست باشد می توان به یکی از روشهای زیر به ترتیب اولویت عمل کرد:

-استفاده از اپتومتریست های مرکز استان یا سایر شهرستانهای استان به شکل چرخشی

-جلب همکاری چشم پزشکی شهرستان جهت معاینه کودک در سطح دوم

- هماهنگی با سایر استانها

-ارجاع کودکان برای معاینه تخصصی به اپتومتریست یا چشم پزشکی مستقر در شهرستانهای مجاور

۱-۱-۴- اقدامات حمایتی جهت تهیه عینک و انجام اعمال جراحی

^۱ کارشناس ناظر: کارشناسان پیشگیری هستند که در مرکز استان فعالیت می کنند و بر نحوه اجرای برنامه در سطح شهرستانهای استان نظارت می کنند.

^۲ کارشناس مسئول برنامه در استان: کارشناس پیشگیری استان است که بر نحوه اجرای برنامه در استان نظارت می کند.

^۳ کارشناس مسئول برنامه در شهرستان: کارشناس پیشگیری شهرستان است که بر نحوه اجرای برنامه در همان شهرستان نظارت می کند.

۵-۱-۱- برنامه ریزی برای تبلیغات و اطلاع رسانی شامل: هماهنگی با صدا و سیما، همکاری با NGO ها، سازمانهای دولتی و بخشهای مختلف درون سازمانی، پخش تیزر، پیام، چاپ مقاله و سایر روش های موثر

۶-۱-۱- برنامه ریزی فعالیت پایگاههای غربالگری تنبلی چشم شامل:

- تهیه لیست اسامی پایگاههای غربالگری تنبلی چشم و ارسال آن به کلیه مراکزی که پایگاه نمی باشند.
- تعیین محل استقرار پایگاهها در مناطق پر تردد با حداکثر امکان دسترسی
- تعیین ساعات کار پایگاهها بر اساس شرایط استان و اعلام عمومی
- نظارت بر رعایت دقیق شرایط و روش غربال در پایگاههای مجهز به دستگاه و چارت مطابق دوره های آموزشی، بسته های آموزشی و دستورالعمل برنامه

تبصره ۳ - دایر نمودن حداقل یک پایگاه دائمی غربالگری تنبلی چشم در هر شهرستان ضروری می باشد. برای دایر نمودن پایگاههای دائمی می توان از همکاری بخش غیردولتی مطابق با دستورالعملهای ابلاغی از مرکز توسعه ی پیشگیری کشور استفاده نمود.

تبصره ۴ - با توجه به اولویت چارت بر دستگاه و یکسان بودن اعتبار کار چارت E و دستگاههای مذکور با توجه به نتایج پژوهشهای انجام شده، تاکید بر این نکته در برنامه های تبلیغاتی استان، در جهت افزایش حضور مردم در پایگاههای فعال با چارت E موثر خواهد بود.

تبصره ۵ - لازم به تاکید است در پایگاههایی که دستگاه غربالگر موجود است، وجود یک چارت E برای غربال کودکان ۴ تا ۶ ساله ضروری است و دستگاه صرفاً برای غربال کودکان ۳ تا ۴ ساله و موارد عدم همکاری مورد استفاده قرار گیرد. در این شرایط فقط یک حق الزحمه از والدین دریافت شود.

تبصره ۶ - به منظور حفظ کیفیت غربال لازم است هر دستگاه غربالگر عیوب انکساری از نظر شاخصهای غربال سالیانه یکبار مورد کنترل قرار گیرد.

تبصره ۷ - استفاده از اماکنی همانند مراکز بهزیستی شهرستانها، مهدهای کودک داوطلب، مجتمع های بهزیستی شهرستانها، پایگاههای سلامت اجتماعی، خانه های سلامت شهرداری ها و..... به عنوان پایگاه بلامانع است.

۷-۱-۱- برنامه ریزی، هماهنگی و نظارت بر آموزش و باز آموزی غربالگران (اعم از غربالگران با چارت و دستگاه) از طریق:

- تشکیل جلسه توجیهی برای رؤسای جدید بهزیستی شهرستانها
- آموزش کارشناسان ناظر و نیز کلیه کارشناسان مسئول شهرستانها توسط کارشناسان ستادی استان
- صدور گواهی شرکت در کلاسهای آموزشی برای کلیه افراد غربالگر با امضاء مدیرکل محترم بهزیستی استان
- تشکیل جلسه توجیهی برای کلیه اپتومترست هایی که جدیداً به برنامه پیوسته اند یا اینکه در سالهای گذشته در جلسات مربوط به برنامه حضور پیدا نکرده اند و یا نسبت به وظایفشان آشنایی کامل ندارند.
- تشکیل جلسه توجیهی برای کلیه چشم پزشکان همکار که قبلاً در برنامه شرکت نداشته اند.

-دعوت از کلیه غربالگران و مسئولین پایگاههای غربالگری تنبلی چشم برای شرکت در کلاسهای آموزشی که در هر شهرستان تشکیل خواهد شد قبل از شروع اجرای برنامه ، برطبق برنامه ریزی قبلی با ذکر اسامی دعوت شدگان و تاریخ دقیق شرکت افراد در کلاسها

تبصره ۸- دوره بازآموزی غربالگران با دستگاه ، با توجه به تعداد محدود ایشان در استان ، به گونه ای برنامه ریزی گردد تا جلسه بازآموزی و کالیبره کردن دستگاه در یک روز صورت گیرد .

۸-۱-۱- تهیه تجهیزات و خدمات برای برنامه به تعداد لازم شامل :

— E چارت

— حجاب چشمی

— بروشور «برای درمان تنبلی چشم کودکان چه کنم؟» برای استفاده والدین کودکان مبتلا به تنبلی چشم

— کتابچه «راهنمای آموزشی غربال کودکان ۳ تا ۶ سال در برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم ویژه غربالگران»

— بروشور «آنچه خانواده باید درباره تنبلی چشم بداند» برای خانوادهها

— کارت سنجش بینایی

— کارت سلامت بینایی

— فرمهای ویژه ی غربالگر ، اپتومتریست ، چشم پزشک (فرمهای شماره ۱ و ۲ و ۳)

— نمونه چاپی شکل E

— پوستر

— پرسشنامه امتحانی

— چراغ مطالعه

— متر

— کش نیم سانتی

— شکل E (E) مشکی بر روی زمینه سفید) تقریباً به تعداد پایگاههای غربالگری تنبلی چشم

— E مقوایی در رنگهای مختلف به تعداد پایگاههای غربالگری تنبلی چشم

— معرفی نامه برای ارجاع کودکان ارجاعی از جانب غربالگر به اپتومتریست ، همراه با آدرس کلیه اپتومتریستهای همکار برنامه

— معرفی نامه برای ارجاع کودکان از جانب اپتومتریست به چشم پزشک، همراه با آدرس کلیه چشم پزشکان همکار برنامه

— اطلاعیه برای نصب در "پایگاههای غربالگری تنبلی چشم" به منظور اطلاع خانوادهها

— جداول زمانبندی کار غربالگران مخصوص هر شهرستان

تبصره ۹- با توجه به طراحی چارتهای ۴ متری طی سالهای اخیر ، استفاده از آینه به هیچ وجه مجاز نمی باشد.

تبصره ۱۰- آدرس و تلفن معاونت امور پیشگیری استان، کلیه اپتومتریستهای همکار برنامه به صورت تایپ شده و تعداد پیش بینی شده در اختیار کلیه ی پایگاههای غربال تنبلی چشم قرار گیرد تا در صورت نیاز به والدین کودکان ارائه شود.

تبصره ۱۱- غربالگر باید ضمن توضیح و تفهیم نتیجه غربال به والدین در مواردی که نتیجه "ارجاعی" است با رعایت اصل رازداری و پرهیز از ایجاد هر گونه اضطراب در والدین ، توصیه های لازم جهت مراجعه به اپتومتریست ، پیگیری و تکمیل درمان را به والدین کودکان ارجاعی ارائه نماید .

تبصره ۱۲- نگهداری معرفی نامه ها توسط اپتومتریستها و چشم پزشکان ضروری است.

تبصره ۱۳- کلیه ابزارهای موردنیاز برای هر پایگاه می بایست در زمان برگزاری کلاسهای آموزشی تحویل گردد.

۹-۱-۱- نظارت بر اجرای برنامه در هر شهرستان بر طبق جدول زمانبندی ارسالی از سوی آن شهرستان

تبصره ۱۴- ضروری است پس از پایان تنظیم جدول زمانبندی اجرای برنامه در شهرستانها برنامه زمانبندی برگزاری کلاسهای آموزشی غربالگران استان به مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور ارسال شود .

۱۰-۱-۱- نظارت ویژه بر موارد ذیل :

- تعداد موارد عدم همکاری در پایگاههایی که از ۲ روش چارت E و دستگاه استفاده می شود ، از میانگین استان بیشتر نباشد.

- از کودکانی که به دلیل عدم همکاری در غربال با چارت E، مجدداً با دستگاه غربال می شوند تنها باید یک حق الزحمه گرفته شود .

- ورود اطلاعات فرمها به نرم افزار برنامه از ابتدای سال ، به تدریج و به طور کامل و بدون خطا انجام شود

- لازم است شاخص های برنامه (شاخص پوشش ، پیگیری ، وعدم همکاری و...) رصد شود و مداخله به موقع در اصلاح فرآیندهای مرتبط انجام گیرد.

۱۱-۱-۱- برگزاری کارگاه ارزشیابی سالانه استانی با تأکید بر «شاخصهای اساسی» و گزارش آن به مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور

۲-۱- وظایف کارشناس مسئول اجرای برنامه در هر شهرستان:

۱-۲-۱- تهیه جدول زمانبندی اجرای برنامه در شهرستان با کمک کارشناس مسئول استان مطابق با زمانبندی کلی برنامه

۲-۲-۱- ارسال دعوتنامه برای کلیه افراد شرکت کننده در کلاسهای آموزشی و انجام هماهنگی های لازم به منظور زمانبندی کلاسهای آموزشی به نحوی که کلیه مدعوین در زمانهای مقرر در کلاسها شرکت کنند.

۳-۲-۱- برگزاری کلاسهای آموزشی - توجیهی

۴-۲-۱- تصحیح پرسشنامه های آزمون ویژه غربالگران و اعلام اسامی افراد به پایگاهها

۵-۲-۱- توزیع کلیه ابزارهای موردنیاز مربوط به پایگاهها ، مطبهای اپتومتریستها و چشم پزشک ها

۶-۲-۱- بازدید از شرایط اتاق غربال تنبلی چشم و اصلاح مشکلات احتمالی موجود در کار غربالگران در طول سال

۷-۲-۱- نظارت بر نحوه انجام بازی با E در پایگاهها

۸-۲-۱- نظارت بر نحوه انجام غربال توسط غربالگران و اعمال اصلاحات لازم

۹-۲-۱- کنترل نحوه تکمیل فرمها ، کارت سنجش بینایی و کارت سلامت بینایی

۱۰-۲-۱- برنامه ریزی و اقدام لازم جهت ثبت اطلاعات فرمهای جمع آوری شده در نرم افزار برنامه طبق برنامه ریزی معاونت پیشگیری استان

۱۱-۲-۱- بازدید از مطب‌های اپتومتریستها و چشم پزشکیان و تکمیل چک‌لیست مربوطه

۱۲-۲-۱- پیگیری کودکان ارجاعی و بیمار تشخیص داده شده طبق دستورالعمل پیگیری

۱۳-۲-۱- ارائه بازخورد و گزارش دوره ای به معاونت پیشگیری استان

۳-۱- وظایف غربالگران :

۱-۳-۱- مطالعه ی کامل کتابچه "راهنمای آموزشی غربال کودکان ۳ تا ۶ سال در برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم ویژه غربالگران"

۲-۳-۱- آماده سازی اتاق غربال تنبلی چشم

۳-۳-۱- کنترل دقیق کلیه مراحل غربال

۴-۳-۱- انتقال سریع مشکلات احتمالی در مراحل اجرایی به پیشگیری بهزیستی شهرستان

۵-۳-۱- ارائه توضیحات لازم به والدین "کودکان ارجاعی" درباره مفهوم "ارجاعی" و لزوم مراجعه به اپتومتریست

۶-۳-۱- پیگیری "کودکان ارجاعی" و بیمار بر طبق دستورالعمل "پیگیری کودکان ارجاعی و بیمار در برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم"، با رعایت اصل رازداری و پرهیز از ایجاد اضطراب در والدین

۷-۳-۱- ثبت اسامی ، تلفن تماس و آدرس کلیه کودکان ارجاعی تشخیص داده شده در یک لیست به منظور پیگیری وضعیت درمانی ایشان

۸-۳-۱- تحویل کارت سنجش بینایی به خانواده های "کودکان ارجاعی"

۹-۳-۱- تحویل کارت سلامت بینایی به خانواده های "کودکان قبول"

۱۰-۳-۱- ارائه معرفی نامه به والدین "کودکان ارجاعی" جهت ارجاع به اپتومتریست

۱۱-۳-۱- ثبت شماره ملی از روی شناسنامه کودک بر روی فرمها ، کارت سنجش و کارت سلامت بینایی

تبصره ۱۵- در صورتی که کودک در سالهای قبل غربال شده باشد، نتایج غربال جدید بر روی کارت سالهای گذشته ثبت می شود. در این موارد نیز باید نسبت به ثبت شماره ملی بر روی کارت سنجش بینایی دقت شود.

تبصره ۱۶- ثبت شماره ملی بر روی کارت سنجش بینایی و فرم غربالگران ، ضروری می باشد.

تبصره ۱۷- اگر کودکی در هر زمان به مهد یا آمادگی دیگری منتقل شد باید کارت سنجش بینایی و یا کارت سلامت خود را نیز به مهد یا آمادگی جدید ارائه دهد و نباید برای او مجدداً کارت سنجش یا کارت سلامت بینایی صادر شود.

تبصره ۱۸- همراه داشتن شناسنامه در هنگام غربال تنبلی چشم برای کلیه کودکان الزامی است.

۴-۱- شرح وظایف /پتومتریست ها:

۱-۴-۱- غربال کودکانی که از پایگاهها با در دست داشتن معرفی نامه مراجعه می کنند .

۲-۴-۱- ارجاع کودکانی که به تشخیص اپتومتریستها و با توجه به دستورالعمل تخصصی برنامه پیشگیری از تنبلی چشم (ویژه اپتومتریستها) مراجعه آنها به چشم پزشکی ضروری است.

تبصره ۱۹: ضروری است درمان و ارجاع کودکان براساس دستورالعمل تخصصی که پیوست می باشد انجام گیرد.

۳-۴-۱- نگهداری کلیه معرفی نامه ها و تحویل آن به کارشناسان بهزیستی در خاتمه برنامه.

۴-۴-۱- تکمیل کارت سنجش بینایی و تحویل آن به والدین پس از درج مهر بر روی آن

۵-۴-۱- آشنایی با نحوه تکمیل کارت سلامت بینایی و تحویل آن به والدین پس از درج مهر بر روی آن - تحویل کارت سلامت بینایی به جای کارت سنجش بینایی به آن دسته از کودکانی که پس از معاینه سالم تشخیص داده می شوند، ضروری است.

۶-۴-۱- تکمیل فرم اپتومتریست ، با تاکید بر علامت زدن کلیه موارد لازم ، نگهداری در مطب اپتومتریست و تحویل تدریجی آن به کارشناسان برنامه در طول سال

تبصره ۲۰- پرداخت حق الزحمه اپتومتریستها در قبال فرم‌هایی صورت می‌گیرد که کلیه بخش‌ها، بویژه شماره ملی به طور کامل ثبت شده باشد.

تبصره ۲۱- اپتومتریستها ی همکار باید با تعیین نوبت قبلی، کلیه "کودکان ارجاعی" را سرویس دهند و برنامه‌ریزی آنها باید به گونه‌ای باشد که افراد برای مدت طولانی در نوبت نمانند. در صورت طولانی‌شدن نوبت‌ها، با تعداد بیشتری از اپتومتریستها، برای همکاری در آن شهرستان هماهنگ شود.

۵-۱- شرح وظایف چشم‌پزشک:

۱-۵-۱- معاینه کودکان ارجاع شده از اپتومتریستها طبق دستورالعمل برنامه و بخشنامه ابلاغی از جانب ریاست محترم سازمان

۱-۵-۲- نگهداری کلیه معرفی‌نامه‌ها و تحویل آنها به کارشناسان بهزیستی در خاتمه برنامه.

۱-۵-۳- تکمیل کارت سنجش بینایی و کارت سلامت بینایی و تحویل آن به والدین پس از درج مهربر روی آنها

۱-۵-۴- تکمیل فرم چشم‌پزشک، با تاکید بر علامت زدن کلیه موارد لازم، نگهداری در مطب چشم‌پزشک و تحویل تدریجی آن در طول سال به کارشناسان برنامه

ماده ۲-آموزش:

۲-۱- کلاسهای توجیهی - آموزشی در هر شهرستان به دو شکل برگزار شود:

۱-۲- کلاسهای یک روزه (باز آموزی):

برای افرادی که در سالهای گذشته در کلاسهای توجیهی - آموزشی شرکت کرده‌اند و یا این که به عنوان غربالگر انتخاب شده و کار غربال را انجام داده‌اند، کلاس ها به صورت یک روزه برگزار می‌گردد. قابل ذکر است در کلاسهای یک روزه استفاده از روش پرسش و پاسخ برای آموزش غربالگران و انجام عملی کار غربال، مناسب‌تر می‌باشد. همچنین کلیه نکات جدید دستورالعمل برنامه باید به صورت کامل توضیح داده شود.

۲-۱-۲- کلاسهای دو روزه:

الف) برای افرادی که به هر علت در سال گذشته در کلاسهای توجیهی - آموزشی شرکت نکرده‌اند.

ب) برای افرادی که علیرغم شرکت در کلاسهای توجیهی - آموزشی در سال گذشته به عنوان « غربالگر »، شناخته شده‌اند ولی در سال جاری، نیاز به انتخاب ایشان به عنوان "غربالگر" وجود دارد.

۲-۲- نحوه آموزش:

در کلاسهای آموزشی، آموزش باید با استفاده از بروشورها به ترتیب زیر انجام شود:

- توضیح کامل کتابچه "راهنمای آموزشی غربال کودکان ۳ تا ۶ سال در برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم ویژه غربالگران"
- در توضیح مطالب برای جلب توجه، دقت و افزایش میزان یادگیری مخاطب از روشهای مختلف از جمله استفاده از اسلاید، پرسش و پاسخ و ایفای نقش استفاده گردد.
- آموزش عملی شامل آموزش نحوه بازی با E، نحوه آماده سازی اتاق غربال، روش غربال، نحوه برخورد با والدین و کودک و سپس نحوه تکمیل فرم ویژه ی غربالگران، کارت سنجش بینایی و کارت سلامت بینایی می باشد که باید توسط غربالگران در کلاس تمرین شود.

تبصره ۲۲- برای جلب همکاری بیشتر غربالگران و ارتقاء سطح آموزش می بایست کلیاتی از اهداف برنامه و مفاهیم کلیدی از جمله غربالگری به همراه نتایج اجرای برنامه در سال گذشته به شرکت کنندگان اعلام گردد تا به اهمیت کارشان واقف شوند.

تبصره ۲۳- لازم به تاکید است حداقل نمره فرد غربالگر باید ۲۵ از ۳۲ باشد.

تبصره ۲۴- با توجه به اینکه نحوه برگزاری کلاسهای آموزشی در ارتقاء کیفیت آموزش غربالگران بسیار مؤثر می باشد لذا ضروری است برگزاری کلاسهای آموزشی و نحوه آموزش افراد، دقیقاً برطبق دستورالعمل انجام گیرد.

تبصره ۲۵- ضروری است که کلیه مسئولین پایگاهها به همراه غربالگران در کلاسهای آموزشی حضور پیدا کنند. چنانچه تعدادی از افراد موفق به شرکت در کلاسهای آموزشی نشده باشند، باید در اولین فرصت نسبت به برگزاری مجدد کلاس آموزشی برای آنها اقدام شود.

تبصره ۲۶- ذکر اهمیت ثبت شماره ملی در کلاسهای آموزشی و کنترل آن در مرحله نظارت بر فعالیتها ضروری می باشد.

تبصره ۲۷- در هنگام تکمیل فرم اپتومتریست نیز توجه به نکات زیر ضروری است:

الف: تکمیل شماره ملی برای کلیه کودکان ضروری می باشد.

ب: در صورتیکه برای کودکی تنبلی چشم تشخیص داده شود در ستون وضعیت کودک بیمار به تفکیک نوع مشکل علاوه بر اینکه گزینه آمبلیوپی علامت زده می شود به غیر از موارد ایدیوپاتیک (بدون علت) که نادر است یکی از گزینه های دیگر یعنی "عیوب انکساری، استرابیسم و یا سایر" نیز علامت زده می شود.

ج: در صورتیکه در بخش وضعیت کودک بیمار به تفکیک نوع مشکل، (سایر) علامت زده شده باشد باید در بخش تقسیم بندی نوع بیماری برحسب ساختمان چشم حداقل یکی از گزینه ها انتخاب شود.

ماده ۳ - شرایط و روش غربال تنبلی چشم کودکان :

۳-۱- شرایط و روش غربال در بخش دوم کتابچه "راهنمای آموزشی غربال کودکان ۳ تا ۶ سال در برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم ویژه غربالگران" که باید در اختیار غربالگران قرار گیرد توضیح داده شده است .

۳-۲- تجهیزات لازم پایگاههای غربالگری تنبلی چشم :

- ✓ فرم ویژه ی غربالگران برای کلیه کودکان تحت پوشش
- ✓ کارت سنجش بینایی برای "کودکان ارجاعی"
- ✓ کارت سلامت بینایی برای "کودکان قبول"
- ✓ کتابچه «راهنمای آموزشی غربال کودکان ۳ تا ۶ سال در برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم ویژه غربالگران»
- ✓ حجاب چشمی: ۱ تا ۲ عدد برای هر پایگاه که می بایستی حداقل یکبار در روز شسته شوند.
- ✓ چراغ مطالعه به تعداد اتاق های معاینه با چارت E
- ✓ E چارت
- ✓ متر
- ✓ شکل E (E مشکی بر روی زمینه سفید)
- ✓ معرفی نامه برای ارجاع کودکان ارجاعی به اپتومتریست ها
- ✓ فیش های دریافت وجه
- ✓ آدرس و تلفن معاونت امور پیشگیری بهزیستی استان همراه با آدرس و تلفن کلیه اپتومتریستهای همکار با برنامه در شهرستان موردنظر

۳-۳- تجهیزات لازم برای اپتومتریست همکار برنامه:

- ✓ آدرس و تلفن کلیه اپتومتریستها و چشم پزشکان همکار برنامه در شهرستان موردنظر
 - ✓ معرفی نامه برای ارجاع کودکان نیازمند به معاینات تخصصی تر به چشم پزشک
 - ✓ کارت سلامت بینایی به تعداد لازم
- تبصره ۲۸:** صورتی که کودکی پس از مراجعه به اپتومتریست ، سالم تشخیص داده شده، به جای کارت سنجش بینایی، کارت سلامت بینایی به وی تحویل داده میشود. در این صورت درج مهر اپتومتریست بر روی کارت سلامت ضروری است.
- ✓ فرم ویژه اپتومتریست به تعداد لازم
 - ✓ بروشور "برای درمان تنبلی چشم فرزندم چه کنم؟"

۴-۳- تجهیزات لازم برای چشم‌پزشک همکار برنامه:

- ✓ آدرس و تلفن کلیه چشم‌پزشکان همکار برنامه در شهرستان موردنظر
- ✓ کارت سلامت بینایی به تعداد لازم
- ✓ فرم ویژه چشم‌پزشک به تعداد لازم
- ✓ بروشور "برای درمان تنبلی چشم فرزندم چه کنم؟"

ماده ۴- نظارت و ارزشیابی:

۴-۱- ساختار سیستم نظارت:

- ۴-۱-۱- نظارت در استان در سه سطح و به ترتیب توسط معاون پیشگیری، کارشناس مسئول برنامه در استان، کارشناس مسئول شهرستان صورت می‌گیرد.
- ۴-۱-۲- مسئولیت نظارت عالی بر حسن اجرای برنامه در استان برعهده معاون امور پیشگیری می‌باشد.
- ۴-۱-۳- کارشناس مسئول استان و کارشناس شهرستانهایی که در آنها نظارت بر عملکرد پایگاهها بر طبق دستورالعمل امکان پذیر نیست، مجاز به استفاده از همکاری موسسات واجد شرایط معین مورد اشاره در بندهای بعد، صرفاً در نظارت مرحله غربال می‌باشند.
- ۴-۱-۴- نظارت بر عملکرد پایگاههای دایمی، در طول سال و توسط کارشناسان مسئول استان و شهرستان انجام میشود، با این ترتیب که هر شش ماه یک بار توسط کارشناس مسئول در شهرستان و حداقل سالی یک بار توسط کارشناس مسئول استان الزامی است.

۲-۴- شرایط انتخاب بخش غیر دولتی همکار در نظارت :

۱-۲-۴- انتخاب بخش غیر دولتی مطابق با "دستورالعمل خرید خدمات از بخش غیر دولتی در اجرای برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم با استفاده از دستگاه غربالگر عیوب انکساری و چارت" ، ابلاغی با نامه شماره ۷۰۰/۹۳/۵۷۲۸۷ و تاریخ ۱۳۹۳/۴/۳۰ از وظایف کمیته استانی می باشد.

۲-۲-۴- استفاده از همکاری بخش غیر دولتی در مرحله غربال و صرفاً برای نظارت بر پایگاهها در مدت زمان دو ماه آبان و آذر بلامانع است.

۳-۲-۴- در اساسنامه مربوط به متقاضیان حقوقی به موضوع پیشگیری یا ارتقا سلامت اشاره شده باشد.

۴-۲-۴- متقاضیان دارای سابقه کار بیشتر در اولویت می باشند

۵-۲-۴- متقاضیان حقیقی یا حقوقی باید متعهد شوند نظارت بر انواع پایگاهها در مناطق شهری و روستایی را مطابق برنامه زمانبندی مورد تایید کارشناس مسئول شهرستان ویا استان انجام دهد

۶-۲-۴- متقاضیان حقیقی یا حقوقی باید در دوره های آموزشی و بازآموزی ویژه نظارت که توسط معاونت امور پیشگیری بهزیستی استان و با هماهنگی مرکز توسعه پیشگیری بهزیستی کشور برگزار می شود شرکت نمایند

۷-۲-۴- فرد ناظر باید قبل از شروع فعالیت گواهی شرکت در دوره آموزشی نظارت را دریافت کرده باشد

۸-۲-۴- بخش غیردولتی انتخاب شده نباید در اجرای برنامه مداخله داشته باشد

۳-۴- نظارت در مرحله غربال:

نظارت بر فعالیت پایگاهها، اعم از دایمی و غیر دایمی، در مدت زمان دو ماه آبان و آذر انجام شود.

در این مرحله استان مجاز است از همکاری بخش غیر دولتی بهره برد

۱-۳-۴- وظایف بخش غیر دولتی:

۱-۳-۴-۱- بخش غیر دولتی موظف به انجام نظارت بر فعالیت انواع پایگاهها در مناطق شهری و روستایی می باشد

۲-۳-۴-۱-۲- بخش غیردولتی موظف است نظارت را با شرایط تعیین شده توسط معاونت امور پیشگیری بهزیستی استان انجام دهد

۳-۳-۴-۱-۳- هر پایگاه باید حداقل یک بار در مرحله غربال کودکان، توسط بخش غیر دولتی مورد بازدید قرار گیرد

۴-۳-۴-۱-۴- سازمان غیر دولتی موظف است برنامه زمانبندی نظارت را ، قبل از آغاز نظارت به تایید معاونت امور پیشگیری بهزیستی استان برساند

۵-۳-۴-۱-۵- فرد ناظر از بخش غیر دولتی موظف است در دوره آموزشی ویژه نظارت که توسط معاونت پیشگیری بهزیستی استان برگزار میشود شرکت نماید

۶-۳-۴-۱-۶- سازمان غیر دولتی موظف است در پایان هر هفته ، نتیجه بازدیدهای خود را در فرم مشخصی که توسط معاونت امور پیشگیری استان تهیه و در اختیارشان قرار داده میشود، به کارشناس مسئول برنامه گزارش نماید. این فرم

شامل اطلاعات مهم در مورد پایگاههای مورد بازدید می باشد و در آن مشکل موجود در پایگاه و اقدام انجام شده در رفع آن قید شده است.

۷-۳-۴- بخش غیر دولتی باید کلیه پایگاههای غربالگری را در مرحله انجام غربال ، حداقل یک بار مورد بازدید قرار دهد

۸-۳-۴- در مواردی که در پایگاه نقص مشاهده می شود ،ضمن ارائه توضیحات لازم ، اقدام به رفع فوری نقص در محل پایگاه شود و مراتب جهت بازدید کارشناس مسئول شهرستان به ایشان اطلاع داده شود .

۹-۳-۴- در پایان هر هفته باید چک لیستهای نظارتی تکمیل شده توسط نماینده سازمان غیر دولتی به کارشناس مسئول شهرستان تحویل داده شود-

۲-۳-۴- شرایط فرد ناظر از بخش غیر دولتی:

۱-۳-۴- دارای مدرک تحصیلی در رشته پیراپزشکی و حداقل کاردانی باشد

۲-۳-۴- افراد دارای سابقه کار بیشتر در فعالیتهای پیشگیرانه در اولویت می باشند

۳-۳-۴- دارای گواهی شرکت در دوره آموزشی نظارت باشد

۳-۳-۴- وظیفه معاونت امور پیشگیری استان:

۱-۳-۳-۴- آموزش روند برنامه به افراد ناظر با تاکید بر نکات کلیدی نظارتی قید شده در چک لیستهای نظارتی، نحوه ارتباط با غربالگران، حیطه وظیفه و مسئولیت ایشان،و...

۲-۳-۳-۴- ارزیابی (به روش ایفای نقش) پس از مرحله آموزش و انتخاب نهایی افراد پس از گذراندن موفق مرحله ارزیابی

۳-۳-۳-۴- آموزش افراد ناظر

۴-۳-۳-۴- صدور گواهی آموزشی

۵-۳-۳-۴- بررسی و تایید برنامه زمانبندی نظارت

۶-۳-۳-۴- اعمال تمهیدات لازم برای ضمانت حسن اجرای برنامه نظارتی توسط سازمان غیر دولتی

۴-۳-۴- وظایف کارشناس مسئول استان و شهرستان:

۱-۳-۴-۴- تشکیل تیم نظارتی با حضور کارشناس مسئول استان و شهرستان مربوطه و موسسه

۲-۴-۲-۴- در اختیار قراردادن چک لیستهای نظارتی و آموزش نحوه تکمیل آنها،تاکید برالزام درج امضای فرد ناظر، مهرپایگاه و امضای غربالگر در پایان بازدید

۳-۴-۳-۴- پایگاههایی که در گزارش سازمان غیر دولتی دارای نقص بوده اند ، باید در فاصله حداکثر ۷ روز توسط کارشناس مسئول شهرستان مورد بازدید قرار گیرد

۴-۴-۳-۴- در پایان هر هفته باید مجموعه ای از چک لیستها و یک نسخه از گزارشات ارائه شده توسط موسسه از جانب کارشناس شهرستان برای کارشناس مسئول استان ارسال گردد .

۴-۳-۴-۵- کارشناس مسئول شهرستان باید کلیه پایگاههای دارای مشکل را ظرف حداکثر یک هفته از دریافت گزارش، مورد بازدید قرار دهد و حداقل ۳۰ درصد سایر پایگاهها (فاقد مشکل) را در شهر و روستاها در طول دوماه آبان و آذر مورد بازدید قرار دهد.

۴-۳-۴-۶- کارشناس مسئول برنامه در شهرستان باید برنامه ریزی دقیق نظارت موسسه بر پایگاهها را در شهرستان و توابع آن تنظیم نماید

۴-۳-۴-۷- کارشناس مسئول برنامه باید در طول سال کلیه شهرستانها را حد اقل یکبار بازدید نماید بطوری که حد اقل ۵۰ درصد شهرستانهای دارای اولویت (پرجمعیت، دارای شاخصهای نامطلوب، تغییر کارشناس یا مسئول اداره و...) در آبان و آذر مورد بازدید قرار گیرند

۴-۳-۴-۸- کارشناس مسئول برنامه در استان و شهرستان باید ضمن بررسی چک لیستها و گزارشات بازدیدها نسبت به برنامه ریزی برای اصلاح فرایندهای دارای مشکل و انجام مداخلات لازم در سطح شهرستان و یا استان {متناسب با وسعت مشکل} اقدام نمایند.

۴-۴- نظارت در مرحله پیگیری:

با توجه به اینکه به طور متوسط درصد ارجاعی برابر ۸٪ کودکان تحت پوشش برنامه می باشد، در نظارت بر عملکرد سیستم پیگیری به نزدیک بودن متوسط عدد ارجاع به مرحله دوم در استان به میانگین کشوری توجه شود. هر گونه انحراف بیش از ۳ درصد از این عدد نیاز به بررسی جدی دارد.

۴-۴-۱- نظارت بر امر پیگیری توسط کارشناس مسئول شهرستان صورت گیرد

۴-۴-۲- نظارت با روشهای مختلف قابل اعمال است از جمله:

- مقایسه لیست کودکان ارجاعی با لیست کودکان معاینه شده توسط اپتومتریست و استخراج موارد مراجعه نکرده

برای پیگیری

- بررسی صحت لیست کودکان مراجعه کرده به اپتومتریست با انتخاب تعدادی از اسامی به صورت تصادفی و تماس با خانواده ایشان

۴-۵- نظارت در مرحله ورود اطلاعات:

به منظور به حداقل رساندن خطای انسانی در ورود اطلاعات برنامه، لازم است موارد به شرح زیر اعمال گردد:

۴-۵-۱- نحوه ثبت فرم ها در سامانه ورود اطلاعات به طور کامل و دقیق به کاربران انتخابی آموزش داده شود

۴-۵-۲- موارد و نحوه استفاده از پشتیبان برنامه به کاربران آموزش داده شود

۴-۵-۳- موارد کلیدی در ثبت فرمها که در سال گذشته بیشترین میزان خطای کاربری را داشته اند در آموزش به کاربران و در نظارت بر کار ایشان مورد تاکید قرار گیرد که از شایعترین آنها میتوان به موارد زیر اشاره کرد:

الف- ثبت صحیح شماره ملی (خطا در تعداد و ثبت صحیح ارقام)

ب- خودداری از ثبت فرمهایی که قبلاً ثبت شده اند

ج- ثبت فرم بر طبق روش صحیح (به منظور پیشگیری از اعلام خطای ثبت)

د- ثبت دقیق تاریخ غربال

ه- کنترل تطابق اطلاعات وارد شده و نتایج

و- اعلام مشکلات در ثبت اطلاعات به کارشناس مربوطه در اسرع وقت

ز- جدا قرار دادن فرمهایی که با اعلام خطای ثبت ، ثبت آنها امکان پذیر نیست ، تا پس از رفع مشکل ثبت آنها با سهولت انجام شود

ح- ثبت فرمها در سامانه باید توسط فرد آموزش دیده انجام گیرد

۴-۵-۴- به صورت انتخاب تصادفی اطلاعات ثبت شده در سامانه با فرمهای دستی مطابقت داده شود

۵-۴-۵- به صورت انتخاب تصادفی ، صحت اطلاعات ثبت شده کودک در سامانه از طریق تماس با خانواده کودک بررسی شود

۶-۵-۴- پایگاههایی که دسترسی به اینترنت دارند می توانند فرمهای کودکان غربال شده خود را با هماهنگی معاونت امور پیشگیری استان و پس از آموزش لازم وارد سامانه نمایند

ضمائم

ضمیمه شماره ۱: کلیاتی پیرامون دستگاه غربالگر عیوب انکساری

ضمیمه شماره ۲: دستورالعمل تخصصی برنامه پیشگیری از تنبلی چشم، ویژه اپتومتریست ها (بازنگری شده در سال ۱۳۹۴)

ضمیمه شماره ۳:

❖ چک لیست ها

❖ پرسشنامه آزمون غربالگران

ضمیمه شماره ۴:

- فرمهای ویژه ی غربالگر ، اپتومتریست و چشم پزشک

- کارت سنجش بینایی

- کارت سلامت بینایی

ضمیمه شماره ۱

دستگاه غربالگر عیوب انکساری :

در حال حاضر " برنامه غربالگری تنبلی چشم " در پایگاههای دایمی غربالگری تنبلی چشم در سراسر کشور انجام می شود و کودکان ۳ تا ۶ ساله با دو روش غربال با چارت E و دستگاه غربالگر عیوب انکساری، غربال می گردند. روش انجام غربال با چارت E در بروشور "شرایط و روش غربال تنبلی چشم کودکان " به طور کامل و مفصل توضیح داده شده است . در خصوص غربال با دستگاههای غربالگر عیوب انکساری ،ضمن تاکید بر لزوم انجام غربال طبق آموزشهای ارائه شده در جلسه آموزشی شرکت بینامد ، توجه به نکات زیر ضروری است :

دستگاه غربالگر عیوب انکساری چیست ؟

این دستگاه فتو اسکرینر که نتیجه ی بیش از ۱۰ سال پژوهش و کار مهندسی است ، محصول کشور آلمان و متعلق به شرکت آلمانی [Plusoptix](#) می باشد و از سال ۲۰۰۴ تولید آن آغاز گردیده و به طور مداوم ارتقاء یافته است. فتو اسکرینر مورد استفاده در ایران به ترتیب مدل های SO۴ , SO۸ و SO۹ بوده و جدیدترین مدل آن SO۱۲ می باشد. حرف S، اول کلمه ی screening به معنای غربالگری است و کاربرد این دستگاه را نشان می دهد که غربالگری عیوب انکساری به عنوان عامل خطر آمبلیوپی براساس شاخص های تعریف شده در دستگاه می باشد.

تعریف دستگاه غربالگر عیوب انکساری به نقل از سایت شرکت سازنده به شرح زیر است:

"این دستگاه یک اتورفرکتومتر دو چشمی دستی است که برای استفاده در غربالگری عیوب انکساری طراحی شده است". لازم به ذکر است غربالگری به هیچ وجه معادل غربال کامل نمی باشد .

دستگاه مذکور از سال ۱۳۸۶ با هدف افزایش میزان دسترسی کودکان به خدمات غربالگری عیوب انکساری به ویژه در مناطق محروم و صعب العبور ، افزایش جمعیت تحت پوشش برنامه ، به ابزار مورد استفاده در " برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم " افزوده شد .



استفاده از دستگاه غربالگر عیوب انکساری در مقایسه با بکارگیری چارت دارای مزایای به شرح زیر می باشد:

۱- بکارگیری دستگاه آسان است.

۲- غربال هم زمان دو چشم کودک در مدت زمان بسیار کوتاه امکان پذیر می باشد.

۳- دستگاه ، قابلیت غربال عوامل خطر آمبلیوپی در کودکان گروه سنی ۳ سال را که به دلایل مختلف از جمله خجالت ، معلولیت ذهنی و عدم همکاری قادر به یادگیری جهات نمی باشند و نمی توانند با غربالگر ارتباط برقرار کنند را دارد.

۴- به دلیل قابل حمل بودن، مناسب در مناطق دوردست و صعب العبور می باشد.

۵- در مناطق با امکانات محدود نیز دستگاه قابل استفاده است.

این دستگاه یک دستگاه صرفاً غربالگری است که به هیچ وجه عملکرد تشخیص قطعی را ندارد. لذا در این خصوص توجه به نکات ذیل ضروری است :

۱- فرد غربالگر با دستگاه بایستی حتما دوره آموزشی توسط " شرکت بینامد" که در حال حاضر تنها نماینده انحصاری شرکت در ایران است را گذرانده باشد و دارای گواهی دوره از شرکت باشد.

۲- از آنجایی که حساسیت و ویژگی کار با دستگاه و چارت E تقریباً با یکدیگر برابر است ، این دستگاه صرفاً برای کودکان ۳ تا ۴ ساله و کودکانی که در امر غربال همکاری لازم را نداشته اند استفاده گردد و برای کودکانی که با چارت E قابل غربال هستند استفاده نگردد.

۳- افراد غربالگر به هیچ وجه در خصوص تشخیص بیماری اظهار نظر ننموده و پرینت نتایج سنجش با دستگاه را در اختیار خانواده ها قرار ندهند.

۴- در تبلیغات این دستگاهها به هیچ وجه از عباراتی غیر واقع و نادرست همچون : " تعیین نمره عینک " ، " تشخیص مشکلات چشمی " و سایر موارد استفاده نگردد.

۵- برای آگاهی از شرایط واگذاری دستگاه و افراد واجد شرایط غربال با آن ، به دستورالعمل " خرید خدمات از بخش غیردولتی در برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم " که پیوست نامه ی شماره ۷۰۰/۹۳/۵۷۲۸۷ به تاریخ ۱۳۹۳/۴/۳۰ برای استانها ارسال گردیده است مراجعه شود.

۶- تعرفه های دریافتی در غربال با دستگاه ، در بخشنامه ی ریاست محترم سازمان بهزیستی کشور که هر سال در ابتدای اجرای برنامه برای استانها ارسال می گردد ، درج شده است .

ضمیمه شماره ۲

دستورالعمل تخصصی برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم ویژه اپتومتریست

الف - بهتر است از یک تعریف واحد تنبلی چشم استفاده شود که در این طرح به شرح زیر است:

۱- دید کمتر از ۲۰/۳۰ در هرچشم و یا اختلاف دید بیش از ۲ خط بین ۲ چشم بعد از رفع عیوب انکساری ورد عیوب ارگانیک چشم ها.

۲- در صورتی که به هر علت کودک به دید جواب نمی دهد از غربال فیکساسیون و Maintenance چشمی استفاده می شود. هرچشمی که فیکساسیون و یا Maintenance نداشته باشد، آمبلیوپ محسوب می شود.

۳- در صورتی که کودک انحراف چشم داشته باشد، اگر انحراف در یک چشم ثابت باشد آن چشم آمبلیوپ است و اگر با تست Cover در هرچشم فیکساسیون و Maintenance وجود داشته باشد معمولاً تنبلی چشم وجود ندارد.

ب - بعد از ارجاع کودکان مشکوک به اپتومتریست ها، معاینات فوق انجام و بعد از مشخص کردن چشم آمبلیوپ اقدام به سیکلوریفراکشن کودک به روش زیر خواهد شد.

استفاده از یک قطره سیکلوژیل ۱ درصدویک و یک قطره تروپیکاماید ۱٪ به فاصله ۵ دقیقه و سپس ۴۵ دقیقه بعد غربال رفراکشن، اگر کودک به دید جواب ندهد ولی مقادیر سیکلوریفراکشن او مطابق جدول زیر باشد مشکوک به تنبلی چشم خواهد بود. مقادیر رفراکشن بدست آمده در جدول مربوطه دیده میشود.

$\geq 1/5$ آستیگمات	$M > -3$	$+3/5 >$ دوربینی (H)
$Aniso \geq 1/5$	آنیزومتروپی به اختلاف مساوی یا بیش از $1/5^D$ بین رفرکشن دو چشم در سطح اسفر و یا سیلندر گفته می شود.	

ج - بدیهی است وقتی مردمک چشم با قطره های فوق دیلاته می شود باید ته چشم کودک افتالموسکپی و چک شود و هرگونه ضایعه مشکوک در رتین و عصب به چشم پزشک ارجاع داده شود.

د - طول درمان بستن چشم قالب به ازاء هرسال سن کودک حداقل یک هفته می باشد. به عنوان مثال برای یک کودک ۴ ساله ۴ هفته بستن چشم سالم لازم است و مدت بستن چشم بهتر در طی مدت درمان، ۲ تا ۶ ساعت در روز می باشد، اگر دید چشم آمبلیوپ بعد از یک دوره درمان بهتر نشد کودک باید به چشم پزشک جهت معاینات تکمیلی ارجاع داده شود.

با توجه به احتمال عود ۲۵٪ بعد از بهبودی در عرض یک سال پس از قطع درمان، پی گیری کودکان تا سن ۱۰ سالگی به روش زیر لازم است:

بعد از برابر شدن و یا کامل شدن دید دو چشم، چشم ها را به مدت ۱ ماه باز می گذاریم.

بعد از ۱ ماه، ۲ حالت ممکن است پیش آید:

۱- دید چشم آمبلیوپ فرقی نکند که در آن صورت فواصل غربال ۲ برابر می شود یعنی ۲ ماه بعد مجدداً دید چک خواهد شد و اگر کم نشده باشد ۴ ماه بعد و الی آخر و تا ۱۰ سالگی حداقل هرسال یکبار

۲- دید چشم آمبلیوپ افت کرده باشد در آن صورت چشم با دید بهتر مجدداً بسته می شود تا دیدها برابر شوند و بعد از آن یک درمان نگهدارنده (بستن به میزان کم مثلاً ۲ ساعت برای کودک تا ۱۰ سالگی) گذاشته می شود.

در صورتی که کودک انحراف داشته باشد بعد از سیکلورفراکشن و تجویز عینک مناسب و یک دوره درمان تنبلی چشم (در صورت نیاز)، لازم است کودک جهت ادامه درمان و یا نیاز به جراحی انحراف به چشم پزشک ارجاع داده شود. در صورت وجود هر نوع آنومالی یا سندرم چشمی و یا بیماری چشمی لازم است کودک به چشم پزشک ارجاع داده شود.

*** موارد ارجاع به چشم پزشک در متن مشخص شده است.

با توجه به تهیه برنامه نرم افزار برای ورود اطلاعات، تکمیل تمام قسمت های فرم ضروری می باشد، در هنگام تکمیل فرم باید به نکات زیر توجه کرد:

الف - تکمیل شماره ملی برای کلیه کودکان ضروری می باشد.

غربال کودکان در صورتی انجام شود که در معرفی نامه کودک شماره ملی ثبت شده باشد.

ب - در صورتی که برای کودکی تشخیص تنبلی چشم گذاشته شود در ستون «وضعیت کودک بیمار به تفکیک نوع مشکل» علاوه بر اینکه گزینه تنبلی چشم علامت زده می شود به غیر از موارد ایدیوپاتیک که نادر است یکی از گزینه های دیگر یعنی عیوب انکساری، استرابیسم و یا سایر علامت زده شود.

ج - در صورتی که در بخش وضعیت کودک بیمار به تفکیک نوع مشکل، بخش «سایر» علامت زده شده باشد باید در بخش تقسیم بندی نوع بیماری بر حسب ساختمان چشم حداقل یکی از گزینه ها انتخاب شود.

تعیین عیوب انکساری:

با توجه به اینکه وجود مقادیری از عیوب انکساری در چشم کودکان ۳ الی ۶ ساله می تواند فیزیولوژیک محسوب گردد و همچنین با توجه به یکسان سازی نظرات اپتومتریست ها در سراسر کشور جهت کمک به فراهم نمودن آمارهای دقیق تر اپیدمیولوژیک، مقتضی است همکاران محترم اپتومتریست که با برنامه تنبلی چشم همکاری می نمایند براساس حداقل عیوب انکساری تعریف شده در جداول زیر ، مبادرت به تعیین وجود و یا عدم وجود عیوب انکساری در کارت سلامت بینایی کودکان نمایند.

حداقل عیب انکساری براساس رتینوسکوپي دقیق بدون بکارگیری عوامل سیکلوپلژیک				
هیپرمتریوی	میوپی	آستیگماتیسم	هیپرمتریوی - آستیگماتیسم	میوپی - آستیگماتیسم
۰,۷۵	۰,۵۰	- ۰,۷۵	+۰,۷۵/-۰,۷۵×۱۸۰ +۰,۷۵/-۰,۵۰×۹۰ Or oblique	-۰,۲۵/-۰,۵۰×۱۸۰ -۰,۲۵/-۰,۲۵×۹۰ Or oblique

حداقل عیب انکساری براساس رتینوسکوپي دقیق با بکارگیری قطره سیکلوپلژیل نیم درصد				
هیپرمتریوی	میوپی	آستیگماتیسم	هیپرمتریوی - آستیگماتیسم	میوپی - آستیگماتیسم
۱,۵۰	۰,۲۵	- ۰,۷۵	+۱,۵۰/- ۰,۷۵×۱۸۰ +۱,۵۰/- ۰,۵۰×۹۰ Or oblique	-۰,۲۵/- ۰,۵۰×۱۸۰ -۰,۲۵/- ۰,۲۵×۹۰ Or oblique

تجویز عینک:

در بسیاری از موارد ممکن است کودک در گروه سنی ۳ الی ۶ ساله، دارای عیب انکساری چشم باشد ولی نیازی به تجویز عینک نداشته باشد یا به عبارتی عدم تجویز عینک از لحاظ سلامت بینایی و چشم ها اشکالی ایجاد نکند. از آنجائیکه عوامل زیادی درخصوص تجویز و یا عدم تجویز عینک در کودکان موثر می باشد لذا برای یکسان سازی تصمیمات کلینیکی (clinical decision making) در تجویز عینک کودکان ضروریست حداقل مقادیر انکساری تعیین شده در جدول زیر لاقل در نمره تجویزی برای یکی از چشم ها وجود داشته باشد.

شرط تجویز عینک: حداقل عیب انکساری لازم لاقل در یکی از چشم ها*				
هیپرمتریوی	میوپی	آستیگماتیسم	هیپرمتریوی - آستیگماتیسم	میوپی - آستیگماتیسم
۱,۰۰	۰,۷۵	- ۱,۰۰×۱۸۰ ۰,۷۵×۹۰ or oblique -	+۱,۰۰/- ۰,۷۵×۱۸۰ +۱,۰۰/- ۰,۵۰×۹۰ Or oblique	-۰,۲۵/- ۰,۷۵×۱۸۰ -۰,۲۵/- ۰,۵۰×۹۰ Or oblique

* بدیهی است علی رغم وجود این حداقل های تعیین شده در جدول فوق، گاهی اپتومتریست بنا به تشخیص تخصصی "نیازی به تجویز عینک" نمی بیند که در این موارد مختار است.

ضمیمه شماره ۳

❖ چک لیست ها: ستادی، استانی، پایگاههای غربالگری
❖ پرسشنامه آزمون ویژه غربالگران

چک لیست نظارت ستادی

مشخصات کلی:

نام استان :		تاریخ آخرین بازدید:	تاریخ بازدید فعلی:
نام کارشناس بازدید کننده:			
نام کارشناس مسئول برنامه استان:			
جمعیت ۳-۶ سال استان:	وسعت:	تعداد شهرستان ها:	تعداد روستاها:
جمعیت ۳-۶ سال شهری:			
جمعیت ۳-۶ سال روستایی:			
جمعیت ۳-۶ سال عشایر:			
جمعیت ۳-۶ سال اتباع خارجی استان:			
پراکندگی (میانگین فاصله شهرستان های استان از مرکز استان):			
شرایط خاص استان: (اقتصادی، فرهنگی، جمعیتی)			
بودجه برنامه در سال گذشته:			
بودجه برنامه در سال جاری:			
آمار کمی برنامه در سال گذشته:		پیش بینی آمار کمی برنامه در سال جاری:	
عملکرد برنامه تا تاریخ بازدید:			
تعداد پایگاههای غربالگر در استان :			
تعداد غربالگران (نیروهای سطح اول) در کل استان :			
تعداد اپتومتریستهای همکار برنامه در استان :			
تعداد چشم پزشکان همکار برنامه در استان :			
تعداد دستگاههای غربالگر عیوب انکساری استان:			

۱- آیا معاون پیشگیری استان از روند اجرای برنامه در استان بازدیدی داشته است؟ تعداد

بله ☐ خیر ☐

۲- آیا جهت اجرای برنامه منابع مالی دیگری جذب شده است؟

☐ بودجه استانی مبلغ

☐ مشارکت ها مبلغ

☐ سایر مبلغ

- ۳- آیا تعداد کارشناس پیشگیری از معلولیتها در استان بر اساس تشکیلات استان است؟ بله ☐ خیر ☐
- ۴- آیا تحصیلات کارشناس مسئول برنامه در استان با برنامه مرتبط است؟ بله ☐ خیر ☐
- ۵- آیا سوابق کاری کارشناس مسئول برنامه در استان با برنامه مرتبط است؟ بله ☐ خیر ☐
- ۶- آیا کارشناس مسئول برنامه در طی ۵ سال گذشته تغییر کرده است؟ چند بار بله ☐ خیر ☐
- ۷- آیا کارشناس مسئول برنامه در جلسه ارزشیابی کشوری برنامه شرکت کرده است؟ بله ☐ خیر ☐
- ۸- آیا آخرین نسخه دستورالعمل اجرایی و تغییرات برنامه در استان موجود است؟ بله ☐ خیر ☐
- ۹- آیا آخرین بخشنامه ریاست سازمان در استان موجود است؟ بله ☐ خیر ☐
- ۱۰- آیا تفاهمنامه با آموزش و پرورش در استان موجود است؟ بله ☐ خیر ☐

- ۱۱- آیا برای اجرای برنامه کمیته استانی تشکیل شده است؟ بله ☐ خیر ☐
- ۱۲- آیا برای برنامه ، کارشناس ناظر انتخاب شده است ؟ بله ☐ خیر ☐
- ۱۳- آیا کارشناسان مسول برنامه در شهرستانها انتخاب شده اند؟ بله ☐ خیر ☐

۱۴- میزان احاطه کارشناس مسئول برنامه بدستورالعمل اجرایی چگونه است؟

☐ نسبتا احاطه دارد

☐ احاطه ندارد

- ۱۵- آیا برنامه زمانبندی برای اجرای برنامه در استان تهیه شده است؟ بله ☐ خیر ☐
- ۱۶- آیا برنامه مطابق جدول زمانبندی اجرا می شود؟ بله ☐ خیر ☐
- ۱۷- آیا جلسه توجیهی کارشناسان شهرستان برگزار شده است؟ بله ☐ خیر ☐
- ۱۸- آیا کلاس های آموزش غربالگران مطابق دستورالعمل برگزار شده است؟ بله ☐ خیر ☐
- ۱۹- آیا جلسه توجیهی روسای بهزیستی شهرستانها برگزار شده است ؟ بله ☐ خیر ☐
- ۲۰- آیا به تعداد مناسب ابزار اجرای برنامه (فرمها ، کارتها ، حجاب چشمی ، بروشورها ، چارت ای ، کتابچه آموزشی ، فیلم آموزشی ، پوستر و... به تعداد مناسب و به موقع چاپ و تهیه شده است؟ بله ☐ خیر ☐
- ۲۱- آیا اطلاع رسانی و تبلیغات به منظور شناساندن برنامه انجام شده است؟ بله ☐ خیر ☐

توضیح :

۲۲- آیا در اجرای برنامه از NGO ها CBO استفاده می شود؟ تعداد

توضیح :

۲۳- آیا در این برنامه از همکاری وزارت بهداشت و درمان استفاده می شود؟ بله ☐ خیر ☐

توضیح :

۲۴- کدام ارگان یا سازمان در اجرای برنامه همکاری دارند؟

نام ببرید:

۲۵- آیا بودجه تخصیص یافته به استان برای اجرای برنامه کافی بوده است ؟ ☐ بله ☐ خیر

۲۶- آیا بودجه برنامه بطور مناسب و در محل برنامه هزینه می شود؟ ☐ بله ☐ خیر

۲۷- آیا در اجرای برنامه با معاونت توانبخشی هماهنگی وجود دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

۲۸- آیا در اجرای برنامه با معاونت اجتماعی هماهنگی وجود دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

۲۹- آیا در اجرای برنامه با معاونت مشارکتهای مردمی هماهنگی وجود دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

۳۰- آیا حق الزحمه ها بر اساس دستورالعمل پرداخت شده است؟ ☐ بله ☐ خیر

۳۱- آیا ورود اطلاعات برنامه در نرم افزار به درستی و به موقع انجام شده است؟ ☐ بله ☐ خیر

۳۲- آیا گزارش ها و مکاتبات در زمان تعیین شده به ستاد ارسال می شود؟ ☐ بله ☐ خیر

۳۳- آیا گزارش ها و مکاتبات بصورت دقیق و کامل به ستاد ارسال می شود؟ ☐ بله ☐ خیر

۳۴- آیا وسیله ی ایاب و ذهاب جهت انجام بازدیدها به تعداد کافی در استان تدارک دیده شده است ؟ ☐ بله ☐ خیر

۳۵- چه تعداد کلاس آموزشی غربالگران توسط کارشناس مسئول برنامه بازدید شده است؟

در مرکز استان.....

در شهرستان های استان

۳۶- چه تعداد پایگاه غربالگر تنبلی چشم در مناطق شهری توسط کارشناس مسئول برنامه بازدید شده است؟

در مرکز استان.....

در شهرستان های استان

۳۷- چه تعداد پایگاه غربالگر تنبلی چشم در مناطق روستایی توسط کارشناس مسئول برنامه بازدید شده است؟

در مرکز استان.....

در شهرستان های استان

۳۸- آیا هماهنگی جهت جلب همکاری اپتومتریستهای استان صورت گرفته است ؟ ☐ بله ☐ خیر

توضیح:

۳۹- آیا هماهنگی جهت جلب همکاری چشم پزشکان استان صورت گرفته است ؟ ☐ بله ☐ خیر

توضیح:

۴۰- آیا لیست پایگاههای غربالگر تنبلی چشم بر روی سایت سازمان بهزیستی استان وجود دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

۴۱- نقطه نظرات کارشناس مسئول برنامه :

.....

.....

.....



چک لیست نظارت استانی

مشخصات کلی:

نام شهرستان :	تاریخ آخرین بازدید:	تاریخ بازدید فعلی:
نام کارشناس بازدید کننده:		
نام کارشناس برنامه در شهرستان:		
جمعیت ۳-۶ سال شهرستان: جمعیت ۳-۶ سال شهری: جمعیت ۳-۶ سال روستایی: جمعیت ۳-۶ سال عشایر: جمعیت ۳-۶ سال اتباع خارجی شهرستان :	تعداد روستاها: تعداد روستاهای دارای خانه بهداشت: تعداد روستاهای فاقد خانه بهداشت:	
شرایط خاص شهرستان (اقتصادی، فرهنگی، جمعیتی)		
آمار کمی برنامه در سال گذشته:	پیش بینی آمار کمی برنامه در سال جاری:	
عملکرد برنامه تا تاریخ بازدید:		
تعداد پایگاههای غربالگر در شهرستان :		
تعداد غربالگران (نیروهای سطح اول) در شهرستان :		
تعداد اپتومتریست (ها) همکار برنامه در شهرستان :		
تعداد چشم پزشک(ها) (همکار برنامه در شهرستان :		
تعداد دستگاه (ها) غربالگر عیوب انکساری در شهرستان :		

- ۱- آیا رئیس بهزیستی شهرستان از روند اجرای برنامه در استان بازدیدی داشته است؟ تعداد ☐ بله ☐ خیر
- ۲- آیا تعداد کارشناس پیشگیری از معلولیتها در شهرستان بر اساس تشکیلات شهرستان است؟ ☐ بله ☐ خیر
- ۳- آیا تحصیلات کارشناس پیشگیری در شهرستان با برنامه مرتبط است؟ ☐ بله ☐ خیر
- ۴- آیا سوابق کاری کارشناس پیشگیری در شهرستان با برنامه مرتبط است؟ ☐ بله ☐ خیر
- ۵- آیا کارشناس پیشگیری در شهرستان در طی ۵ سال گذشته تغییر کرده است؟ چند بار ☐ بله ☐ خیر
- ۶- آیا کارشناس پیشگیری در جلسه توجیهی برنامه در استان شرکت کرده است؟ ☐ بله ☐ خیر
- ۷- آیا آخرین نسخه دستورالعمل اجرایی و تغییرات برنامه در شهرستان موجود است؟ ☐ بله ☐ خیر

۸- میزان احاطه کارشناس پیشگیری بردستورالعمل اجرایی چگونه است؟

☐ نسبتاً احاطه دارد

☐ احاطه ندارد

۹- آیا کلاس های آموزش غربالگران مطابق دستورالعمل برگزار شده است؟ ☐ بله ☐ خیر

۱۰- آیا برنامه زمانبندی برای اجرای برنامه در شهرستان تهیه شده است؟ ☐ بله ☐ خیر

۱۱- آیا برنامه مطابق با زمانبندی اجرا می شود؟ ☐ بله ☐ خیر

۱۲- آیا برای بازدید از پایگاههای شهری و روستایی جدول زمانبندی تهیه شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۳- آیا برای اپتومتریست های جدید جلسه توجیهی برگزار شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۴- آیا برای چشم پزشکان جدید جلسه توجیهی برگزار شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۵- آیا ابزار اجرای برنامه به تعداد کافی چاپ و تهیه شده اند؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۶- آیا ابزار اجرای برنامه، قبل از اجرا توزیع شده اند؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۷- آیا فیش های دریافت وجه به موقع تهیه و توزیع شده اند؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۸- آیا لیست اسامی پایگاهها در کلیه پایگاههای غربال تنبلی چشم موجودند؟ ☐ بلی ☐ خیر

۱۹- آیا ابزارهای موردنیاز اپتومتریستها به موقع در اختیار ایشان قرار داده شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۲۰- آیا ابزارهای موردنیاز چشم پزشکان به موقع در اختیار ایشان قرار داده شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۲۱- آیا برای غربالگران، گواهی شرکت در دوره آموزشی صادر شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۲۲- آیا به افراد غربالگر بر طبق بخشنامه ارسالی حق الزحمه پرداخت شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۲۳- آیا به بهورزان در خانه های بهداشت (در صورت توافقات استانی) حق الزحمه پرداخت شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۲۴- آیا با اپتومتریست (ها) قرارداد یا تفاهمنامه بسته شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۲۵- آیا با چشم پزشک (ها) قرارداد یا تفاهمنامه بسته شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۲۶- آیا به افراد واجد شرایط کمک هزینه تهیه عینک پرداخت شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۲۷- آیا به افراد واجد شرایط کمک هزینه عمل جراحی پرداخت شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۲۸- آیا اطلاع رسانی و تبلیغات به منظور شناساندن برنامه انجام شده است؟ ☐ بلی ☐ خیر

توضیح:

۲۹- آیا اقدامی در جهت جلب مشارکتهای مردمی، خیرین و.... در استان صورت گرفته است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۳۰- آیا برای پیگیری کودکان ارجاعی و بیمار، برنامه ریزی وجود دارد؟ ☐ بلی ☐ خیر

در صورت پاسخ بلی، ذکر روش کار

۳۱- آیا در اجرای برنامه از NGO ها CBO استفاده می شود؟ تعداد ☐ بله ☐ خیر

توضیح:

۳۲- آیا بر نحوه عملکرد بخش های غیردولتی، نظارت صورت می گیرد؟ ☐ بلی ☐ خیر

۳۳- آیا بر نحوه عملکرد نیروهایی که با دستگاه غربالگر، فعالیت می کنند، نظارت صورت گرفته است؟ ☐ بلی ☐ خیر

۳۴- آیا بودجه برنامه بطور مناسب و در محل برنامه هزینه می شود؟ ☐ بله ☐ خیر

۳۵- کدام ارگانها در اجرای برنامه همکاری دارند؟

نام بیرید:

۳۶- آیا ورود اطلاعات به درستی در نرم افزار برنامه و در شهرستان صورت می گیرد؟ ☐ بله ☐ خیر

توضیح:

۳۷- آیا گزارش ها و مکاتبات در زمان تعیین شده به استان ارسال می شود؟ ☐ بله ☐ خیر

۳۸- آیا گزارش ها و مکاتبات بصورت دقیق و کامل به استان ارسال می شود؟ بله ☐ خیر ☐

۳۹- نقطه نظرات کارشناس برنامه :

.....

چک لیست نظارت بر پایگاههای غربالگری تنبلی چشم

مشخصات کلی:

محل اجرا (نام پایگاه) :	تاریخ آخرین بازدید:	تاریخ بازدید فعلی:
نام کارشناس بازدید کننده:		
مشخصات غربالگر :		
تعداد کودکان غربال شده توسط غربالگر تا تاریخ بازدید :		

ویژه پایگاه های غربالگر با چارت E:

۱- آیا در جلوی درب ورودی پایگاه پلاکارد یا بنر " پایگاه غربال تنبلی چشم ویژه ی کودکان ۳ تا ۶ ساله " برای راهنمایی والدین وجود دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

۲- آیا غربالگر(جدید) در کلاس آموزشی ۲ روزه ویژه غربالگران شرکت کرده است؟ ☐ بله ☐ خیر

۳- آیا غربالگر(قدیمی) در کلاس آموزشی ۱ روزه ویژه غربالگران شرکت کرده است؟ ☐ بله ☐ خیر

۴- آیا غربالگر بر انجام غربال تنبلی چشم کودک تسلط کافی دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

۵- آیا غربالگر بازی با E را برای کودکان اجرا کرده است؟ ☐ بله ☐ خیر

توضیح:

۶- آیا از فضای مناسب ۴ یا ۶ متری جهت غربال استفاده شده است؟ ☐ بله ☐ خیر

۷- آیا چارت E در فاصله ۹۰ سانتی متری از زمین نصب شده است؟؟ ☐ بله ☐ خیر

۸- آیا صندلی کودک از نوع معمولی است؟ ☐ بله ☐ خیر

۹- آیا از چارت E استاندارد برنامه استفاده شده است؟ ☐ بله ☐ خیر

۱۰- آیا چراغ مطالعه در فاصله و زاویه ی مناسب از چارت E قرار گرفته است (نورمستقیما به چشم کودک تابیده نمی شود) ☐ بله ☐ خیر

۱۱- آیا برای غربال، از حجاب چشمی مناسب و استاندارد برنامه استفاده می شود؟ ☐ بله ☐ خیر

۱۲- آیا قبل از انجام غربال، تست از نزدیک انجام می شود؟ ☐ بله ☐ خیر

۱۳- آیا در شروع غربال، پرسش از بزرگترین حرف روی چارت صورت می گیرد؟ ☐ بله ☐ خیر

۱۴- آیا غربالگر از وسیله نوک تیز و غیرشفاف (مانند خودکار دردار) برای نشان دادن شکل های روی چارت E استفاده می نماید؟ ☐ بله ☐ خیر

۱۵- آیا غربالگر، شناسنامه ی کودک را از والدین طلب می نماید؟ ☐ بله ☐ خیر

۱۶- آیا غربالگر فرم ویژه ی غربالگر، کارت سلامت یا سنجش بینایی را با دقت تکمیل می نماید؟ ☐ بله ☐ خیر

۱۷- آیا غربالگر کارت سلامت و یا سنجش بینایی را به والدین تحویل می دهد؟ ☐ بله ☐ خیر

۱۸- آیا غربالگر در خصوص حفظ و نگهداری کارتها به والدین توضیح می دهد؟ ☐ بله ☐ خیر

۱۹- آیا غربالگر ، فرم ویژه ی پیگیری کودکان " ارجاعی " را تکمیل می نماید؟ ☐ بله ☐ خیر

۲۰- آیا غربالگر به والدین کودکان " ارجاعی " برای مراجعه به سطح بعدی توضیحات لازم را ارائه می دهد؟

☐ بله ☐ خیر

۲۱- آیا کودکان "ارجاعی" توسط غربالگریا بخش غیردولتی ، پیگیری می شوند؟ ☐ بله ☐ خیر

توضیح روش پیگیری ::.....

۲۲- آیا غربالگر به والدین در خصوص لزوم مراجعه برای غربال تنبلی چشم در سالهای آتی ، توضیحات لازم را ارائه می نماید؟

☐ بله ☐ خیر

۲۳- آیا ابزار اجرای برنامه در پایگاه موجود است ؟(بروشور راهنمای غربالگران ، کارت سلامت و سنجش بینایی ، فرم ویژه ی غربالگر ،

کتابچه ی آموزشی غربالگران ، آدرس اپتومتریستهای طرف قرارداد برنامه) ☐ بله ☐ خیر

۲۴- آیا غربالگر به ازای مطالبه ی مبلغ غربال ، به والدین فیش ارایه می دهد؟ ☐ بله ☐ خیر

۲۵- آیا تعرفه ی مورد تایید سازمان بهزیستی استان به ازای هر مورد غربال کودک ، بر روی تابلوی اعلانات پایگاه نصب شده است ؟ ☐ بله ☐ خیر

۲۶- نظرات و پیشنهادات غربالگر:.....

ویژه پایگاه های غربالگر با دستگاه عیوب انکساری :

۱- سطح تحصیلات غربالگر و رشته تحصیلی وی چیست؟

۲- آیا غربالگر در کلاس آموزشی شرکت کرده است ؟ ☐ بله ☐ خیر

۳- آیا غربالگر ، گواهی شرکت در دوره ی آموزشی را دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

۴- آیا غربالگر در کار با دستگاه ، تسلط کافی دارد؟ ☐ بله ☐ خیر

۵- آیا ابزار اجرای برنامه در پایگاه موجود است ؟(کارت سلامت و سنجش بینایی ، فرم ویژه ی غربالگر ، آدرس اپتومتریستهای طرف قرارداد برنامه)؟ ☐ بله ☐ خیر

۶- آیا غربالگر ، شناسنامه ی کودک را از والدین طلب می نماید؟ ☐ بله ☐ خیر

۷- آیا غربالگر ، فرم ویژه ی پیگیری کودکان " ارجاعی " را تکمیل می نماید؟ ☐ بلی ☐ خیر

۸- آیا کودکان "ارجاعی" توسط غربالگر یا بخش غیردولتی پیگیری می شوند؟ ☐ بله ☐ خیر

توضیح روش پیگیری ::.....

۹- آیا غربالگر، فرم ویژه ی غربالگر، کارت سلامت یا سنجش بینایی را با دقت تکمیل می نماید؟

☐ بله ☐ خیر

۱۰- آیا غربالگر کارت سلامت و یا سنجش بینایی را به والدین تحویل می دهد؟ ☐ بله ☐ خیر

۱۱- آیا غربالگر در خصوص حفظ و نگهداری کارتها به والدین توضیح می دهد؟ ☐ بله ☐ خیر

۱۲- آیا غربالگر به والدین کودکان " ارجاعی " برای مراجعه به سطح بعدی توضیحات لازم را ارائه می دهد؟
☐ بله ☐ خیر

۱۳- آیا غربالگر به والدین در خصوص لزوم مراجعه برای غربال تنبلی چشم در سالهای آتی ، توضیحات لازم را ارائه می نماید؟
☐ بله ☐ خیر

۱۴- آیا غربالگر به ازای مطالبه ی مبلغ غربال ، به والدین فیش ارایه می دهد؟ ☐ بله ☐ خیر

۱۵- آیا تعرفه ی مورد تایید سازمان بهزیستی استان به ازای هر مورد غربال کودک ، بر روی تابلوی اعلانات پایگاه نصب شده است ؟ ☐ بله ☐ خیر

۱۶- نظرات و پیشنهادات غربالگر:.....

پرسشنامه آزمون ویژه غربالگران



سازمان بهداشتی کشور

به نام خدا

مرکز توسعه پیشگیری سازمان بهزیستی کشور

برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم

پرسشنامه آزمون ویژه ی غربالگران

استان: شهرستان:

تاریخ:

نام و نام خانوادگی: سن:

میزان تحصیلات:

نام محل کار:

توجه: هر پرسش فقط یک پاسخ درست و کامل دارد لطفاً آن را علامت بزنید.

۱- با افزایش سن کودک احتمال موفقیت در درمان تنبلی چشم:

الف- زیاد می شود.

ب- کم می شود.

ج- تغییر نمی کند.

۲- در تنبلی چشم:

الف- ظاهر چشم تغییر می کند.

ب- ظاهر چشم تغییر نمی کند.

ج- ممکن است یکی از دو حالت بالا اتفاق بیفتد.

۳- کدام یک از عبارات زیر درست است؟

الف- درمان نکردن به موقع انحراف چشم (لوچی) به تنبلی چشم منجر می شود.

ب- برای درمان انحراف چشم (لوچی) نباید عجله کرد و همیشه می توان نسبت به درمان اقدام نمود.

ج- انحراف چشم (لوچی) با تنبلی چشم ارتباطی ندارد.

۴- قبل از غربال چشم کودک ، کدام یک از اقدامات زیر ضروری است؟

الف- آموزش جهت ها با استفاده از اشیایی مانند صندلی و شانه و با شکلهای رنگی و مشکی روی زمینه سفید

ب- پرسیدن جهت شکل های E از فاصله نزدیک و آشنا کردن کودک به اتاق غربال و حجاب چشمی

ج- تمام موارد بالا

۵- قبل از غربال ، کودک باید بتواند:

الف- جهت های مختلف شکل E را با دست نشان دهد.

ب- جهت های مختلف شکل E را نام ببرد.

ج- شکل E را نقاشی کند.

۶- چارت E در چه ارتفاعی از سطح زمین باید نصب شود؟

الف- ۱۱۰ سانتیمتر

ب- ۷۰ سانتیمتری

ج- ۹۰ سانتیمتری

۷- فاصله ی کودک تا چارت E چقدر باید باشد؟

الف- ۵ متر

ب- ۲ متر

ج- هیچکدام

۸- نحوه ی قرار گرفتن چراغ مطالعه نسبت به چارت E چگونه باید باشد؟

الف- چارت E باید به وسیله چراغ مطالعه ای که با زاویه ۴۵ درجه نسبت به آن قرار دارد روشن شود.

ب- چارت E باید به وسیله چراغ مطالعه ای که با زاویه ۹۰ درجه نسبت به آن قرار دارد روشن شود.

ج- چارت E باید به وسیله چراغ مطالعه ای که روبروی آن قرار دارد روشن شود.

۹- چه نوری برای اتاق غربال مناسب است؟

الف- نور شدید آفتاب و تابش آن بر چشم کودک

ب- عدم ورود نور آفتاب با استفاده از پرده یا روزنامه

ج- نور معمولی و غیر مستقیم به چشم کودک

۱۰- برای نشان دادن شکل های روی چارت E ، از چه وسیله ای باید استفاده شود؟

الف- با انگشت باید به آن اشاره شود.

ب- وسایل نوک تیز مانند خودکار که باید روی شکل قرار داده شود.

ج- وسایل نوک تیز مانند خودکار دردار که باید پایین شکل قرار داده شود.

۱۱- صندلی ای که کودک برای غربال روی آن می نشیند:

الف- باید صندلی کوچک مخصوص مهد باشد.

ب- باید صندلی معمولی باشد.

ج- مدل صندلی اصلا مهم نیست.

۱۲- در هنگام غربال باید:

الف- پایه های جلویی صندلی روی خط فرضی (در فاصله ۴ یا ۶ متری با توجه به نوع چارت) قرار بگیرد.

ب- پایه های عقبی صندلی روی خط فرضی (در فاصله ۴ یا ۶ متری با توجه به نوع چارت) قرار بگیرد.

ج- خط فرضی (در فاصله ۶ یا ۴ متری با توجه به نوع چارت) وسط پایه های جلویی و عقبی صندلی قرار بگیرد.

۱۳- در موقع غربال باید:

الف- هریک از چشمها، به نوبت، با دست یا حجاب چشمی پوشانده شود.

ب- هریک از چشمها به نوبت با حجاب چشمی و بدون فشار پوشانده شود.

ج- هریک از چشمها به نوبت با حجاب چشمی و با فشار پوشانده شود.

۱۴- به هنگام غربال باید :

الف- سرکودک باید مستقیم رو به چارت E باشد و به سمت بالا، پایین و راست و چپ خم نشود.

ب- حجاب چشمی باید کاملا چشم را بپوشاند.

ج- هردو مورد بالا درست است.

۱۵- در هنگام غربال باید :

الف- ابتدا چشم راست را غربال و نتیجه را ثبت می کنیم و پس از آن چشم چپ را غربال و نتیجه را ثبت می کنیم.

ب- هردو چشم را غربال و پس از آن نتیجه را ثبت می کنیم.

ج- ابتدا چشم چپ را غربال و نتیجه را ثبت می کنیم و پس از آن چشم راست را غربال و نتیجه را ثبت می کنیم.

۱۶- در هنگام غربال باید:

الف- ابتدا بزرگترین شکل چارت E، سپس چند شکل از ردیف های مختلف و بعد از آن تمام شکل های ردیف هفتم پرسیده شود.

ب- تمام شکلهای روی چارت E به صورت مختلط پرسیده شود.

ج- ابتدا بزرگترین شکل روی چارت E و پس از آن چند شکل از ردیف های پایین پرسیده شوند.

۱۷- اگر کودکی به هنگام غربال، یکی از شکل های ردیف هفتم را برای بار اول درست پاسخ نداد:

الف- با اصرار از او می خواهیم که جواب دهد.

ب- از غربال او صرف نظر و او را به اپتومتریست معرفی می کنیم.

ج- بدون تاکید و اصرار برای گرفتن پاسخ درست، از روی آن شکل می گذریم و پس از پرسش چند شکل دیگر دوباره جهت همان شکل را می پرسیم.

۱۸- اگر کودکی در هنگام غربال احساس خستگی کرد:

الف- باید به او اجازه دهیم تا چند لحظه با بستن چشم خود استراحت کند و پس از آن غربال را ادامه دهیم.

ب- با اصرار از او بخواهیم که جواب بدهد.

ج- از غربال چشم او باید صرف نظر و او را به اپتومتریست معرفی کنیم.

۱۹- کودکانی که از عینک استفاده می کنند:

الف- باید بدون عینک غربال شوند.

ب- باید با عینک غربال شوند.

ج- می توانند با عینک یا بدون عینک غربال شوند.

۲۰- غربالگر باید چه کودکانی را به اپتومتریست معرفی کند؟

الف- کودکانی که قادر به خواندن همه شکل های ردیف هشتم یا ردیف های بالاتر چارت E ی E نیستند، انحراف چشم واضح دارند و در هنگام غربال همکاری نمی کنند.

ب- کودکانی که قادر به خواندن همه شکل های ردیف نهم یا ردیف های بالاتر چارت E ی E نیستند، انحراف چشم واضح دارند و در هنگام غربال همکاری نمی کنند.

ج- کودکانی که قادر به خواندن همه شکل های ردیف هفتم یا ردیف های بالاتر چارت E ی E نیستند، انحراف چشم واضح دارند و در هنگام غربال همکاری نمی کنند.

۲۱- اگر کودکی جهت یکی از شکل های ردیف هفتم را درست تشخیص ندهد.

الف- لازم نیست به اپتومتریست معرفی شود.

ب- باید به اپتومتریست معرفی شود.

ج- در صورت تمایل خانواده می توانیم او را به اپتومتریست معرفی کنیم.

۲۲- چه کودکانی باید هنگام غربال به دلیل عدم همکاری به اپتومتریست معرفی شوند؟

الف- کودکانی که پس از گذراندن مرحله بازی با E هنگام غربال همکاری می کنند.

ب- کودکانی که پس از گذراندن مرحله بازی با E هنگام غربال همکاری نمی کنند.

ج- کودکانی که گاهی اوقات همکاری و گاهی همکاری نمی کنند.

۲۳- اگر غربالگر پس از غربال وضعیت بینایی، کودک را "ارجاعی" تشخیص داد:

الف- باید بلافاصله والدین کودک را مطلع کند تا با در دست داشتن کارت سنجش بینایی و معرفی نامه به اپتومتریست مراجعه کنند.

ب- باید بلافاصله والدین کودک را مطلع کند تا با در دست داشتن کارت سنجش بینایی به اپتومتریست مراجعه کنند.

ج- نیازی نیست به والدین اطلاع دهد و پایگاه غربالگری تنبلی چشم موضوع را پیگیری خواهد کرد.

۲۴- کدام یک از جملات زیر درست است؟

الف- نیازی به ثبت شماره ملی روی کارت سنجش بینایی نیست.

- ب- پس از انجام غربال باید شماره ملی عینا از روی شناسنامه بر روی "کارت سنجش بینایی" و "فرم ویژه ی غربالگر" ثبت شود.
- ج- پس از انجام غربال باید شماره ملی فقط بر روی کارت سنجش بینایی ثبت شود.

۲۵- کدام یک از جملات زیر در مورد کارت سلامت بینایی درست است؟

- الف- باید شماره ملی بر روی کارت سلامت بینایی ثبت شود.
- ب- نیازی به ثبت شماره ملی روی کارت سلامت بینایی نیست.
- ج- باید به همه کودکان کارت سلامت بینایی داده شود.

۲۶- کدام یک از جملات زیر درست است؟

- الف- برای کودکان سالم، تکمیل کارت سلامت بینایی و برای کودکان ارجاعی، تکمیل کارت سنجش بینایی ضروری است.
- ب- برای همه کودکان تکمیل فرم "ویژه ی غربالگر" ضروری است.
- ج- هردو مورد بالا.

۲۷- کدام یک از جملات زیر درست است؟

- الف- نیازی به نگهداری کارت سنجش بینایی و کارت سلامت بینایی نیست و می توان پس از پایان غربال آنها را دور انداخت.
- ب- کارت سنجش بینایی و کارت سلامت بینایی باید پس از تکمیل به مهد یا مدرسه برگردانده شود.
- ج- کارت سنجش بینایی و کارت سلامت بینایی باید پس از تکمیل، توسط والدین نگهداری شود.

۲۸- کدام یک از گزینه های زیر در مورد درمان تنبلی چشم درست است؟

- الف- در صورت تجویز عینک و یا توصیه به بستن چشم، باید دقیقاً طبق دستور عمل شود.
- ب- در صورت توصیه به بستن چشم، هنگام خستگی کودک می توان چشم را باز کرد.
- ج- استفاده از عینک طبق دستور چشم پزشک ضروری نیست.

۲۹- کدام یک از جملات زیر درست است؟

- الف- برای پیشگیری از انتقال آلودگی، شستن حجاب چشمی در چند نوبت در طول روز ضروری است.
- ب- در طول مدت اجرای برنامه، حجاب چشمی نیازی به شستشو ندارد.
- ج- پس از هر بار غربال باید، حجاب چشمی را شستشو داد.

۳۰- کدام یک از گزینه های زیر در مورد درمان تنبلی چشم درست است ؟

- الف - در صورت تجویز عینک و یا توصیه به بستن چشم باید دقیقاً طبق دستور، عمل شود.
- ب- در صورت توصیه به بستن چشم، هنگام خستگی کودک می توان چشم را باز کرد.
- ج- استفاده از عینک طبق دستور چشم پزشک ضروری نیست.

۳۱- رعایت کدام یک از موارد زیر در "پایگاههای غربالگری تنبلی چشم" ضروری است ؟

- الف - تحویل فیش به خانواده پس از دریافت وجه غربال.
- ب- نصب برگه ای در محل پایگاه که خانواده را از "دریافت فیش در مقابل پرداخت وجه غربال" مطلع سازد.
- ج- هردو مورد بالا درست است.

۳۲- کدام یک از جملات زیر درست است ؟

- الف - برای پیشگیری از انتقال آلودگی، شستن حجاب چشمی در چند نوبت در طول روز ضروری است.
- ب- در طول مدت اجرای برنامه، حجاب چشمی نیازی به شستشو ندارد.
- ج- پس از هر بار غربال، باید حجاب چشمی را شستشو داد.

ضمیمه شماره ۴

فرم‌ها:

❖ فرم ویژه غربالگر

❖ فرم ویژه اپتومتریست

❖ فرم ویژه چشم پزشک

کارت‌ها:

❖ کارت سنجش بینایی

❖ کارت سلامت بینایی

فرم شماره ۱- برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم - سال

ویژه غربالگر

نام خانوادگی:	نام پدر:	تاریخ تولد:	جنس:	مونث <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/>	محل سکونت:	شهر <input type="checkbox"/> روستا <input type="checkbox"/>	عشایرتنشین <input type="checkbox"/>
نام:	کد ملی <input type="text"/>						
نتیجه غربال:		نحوه غربالگری:					
تاریخ غربال:		چارت E <input type="checkbox"/> دستگاه <input type="checkbox"/>					
وضعیت کودک پس از غربال:		استفاده از عینک:					
قبول <input type="checkbox"/>		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
علت ارجاع:		تحت نظر متخصص:					
۱- بینایی <input type="checkbox"/>		بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>					
۲- انحراف چشم <input type="checkbox"/>							
۳- عدم همکاری <input type="checkbox"/>							
یک چشمی <input type="checkbox"/>							
دو چشمی <input type="checkbox"/>							
نشانی و تلفن تماس:							
استان:		شهرستان:		پایگاه:			

فرم شماره ۲- برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم - سال

ویژه اپتومتریست

نام خانوادگی: نام پدر: تاریخ تولد: جنس: <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> مذکر تاریخ معاینه: کد ملی <input type="text"/>	
<p>نتیجه معاینه تخصصی:</p> <p>حدت بینایی چشم راست پس از بهترین اصلاح اپتیک:</p> <p><input type="checkbox"/> دید کمتر از $\frac{3}{7.5}$ <input type="checkbox"/> دید $\frac{2}{7.5}$ ($\frac{3}{10}$) یا بهتر</p> <p>حدت بینایی چشم چپ پس از بهترین اصلاح اپتیک:</p> <p><input type="checkbox"/> دید کمتر از $\frac{3}{7.5}$ <input type="checkbox"/> دید $\frac{2}{7.5}$ ($\frac{3}{10}$) یا بهتر</p> <p>نیاز به عینک:</p> <p><input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/> فعلا نیاز ندارد</p> <p>ارجاع به چشم پزشک:</p> <p><input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر</p>	<p>وضعیت کودک پس از معاینه:</p> <p><input type="checkbox"/> سالم <input type="checkbox"/> بیمار:</p> <p><input type="checkbox"/> یک چشمی <input type="checkbox"/> دو چشمی</p> <p>نوع مشکل:</p> <p><input type="checkbox"/> آمبلیوپی <input type="checkbox"/> عیوب انکساری <input type="checkbox"/> استرابیسم <input type="checkbox"/> سایر</p> <p>نوع بیماری:</p> <p><input type="checkbox"/> پلکها، دستگاه اشکی <input type="checkbox"/> ویتره <input type="checkbox"/> ملتحمه <input type="checkbox"/> شبکیه <input type="checkbox"/> قرنیه <input type="checkbox"/> مجموعه یووه و صلیبه <input type="checkbox"/> کاسه چشم <input type="checkbox"/> عدسی <input type="checkbox"/> نورو افتالمولوژی <input type="checkbox"/> سایر اختلالات (شامل اختلالات چشمی مربوط به بیماری های سیستمیک و ایمنولوژیک چشم)</p>
نام و نام خانوادگی اپتومتریست:	شماره تماس: استان: شهرستان:

فرم شماره ۳- برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم - سال

ویژه چشم پزشکی

نام خانوادگی: <input type="text"/>		کد ملی <input type="text"/>	
نام پدر: <input type="text"/>	تاریخ تولد: <input type="text"/>	جنس: <input type="checkbox"/> مونث <input type="checkbox"/> مذکر	تاریخ معاینه: <input type="text"/>
نتیجه معاینه تخصصی: حدت بینایی چشم راست پس از بهترین اصلاح اپتیک: <input type="checkbox"/> دید کمتر از $\frac{20}{70}$ ($\frac{3}{10}$) <input type="checkbox"/> دید $\frac{20}{70}$ ($\frac{3}{10}$) یا بهتر		وضعیت کودک پس از معاینه: <input type="checkbox"/> سالم <input type="checkbox"/> بیمار: <input type="checkbox"/> یک چشمی <input type="checkbox"/> دو چشمی	
حدت بینایی چشم چپ پس از بهترین اصلاح اپتیک: <input type="checkbox"/> دید کمتر از $\frac{20}{70}$ ($\frac{3}{10}$) <input type="checkbox"/> دید $\frac{20}{70}$ ($\frac{3}{10}$) یا بهتر		نوع مشکل: <input type="checkbox"/> آمبلیوپی <input type="checkbox"/> عیوب انکساری <input type="checkbox"/> استرابیسم <input type="checkbox"/> سایر	
نیاز به عینک: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد نیاز به جراحی: <input type="checkbox"/> دارد <input type="checkbox"/> ندارد نحوه ارجاع: <input type="checkbox"/> از غربالگر <input type="checkbox"/> از اپتومتریست		نوع بیماری: <input type="checkbox"/> پلکها، دستگاه اشکی <input type="checkbox"/> ویتره <input type="checkbox"/> ملتحمه <input type="checkbox"/> شبکیه <input type="checkbox"/> قرنیه <input type="checkbox"/> گلوکوم <input type="checkbox"/> مجموعه یووه و صلیبه <input type="checkbox"/> کاسه چشم <input type="checkbox"/> عدسی <input type="checkbox"/> نورو افتالمولوژی <input type="checkbox"/> سایر اختلالات (شامل اختلالات چشمی مربوط به بیماری های سیستمیک و ایمنولوژیک چشم)	
نام و نام خانوادگی چشم پزشک: <input type="text"/>		شماره تماس: <input type="text"/>	
		استان: <input type="text"/>	
		شهرستان: <input type="text"/>	



معاونت پزشکی و درمان اضلاع
مرکز توسعه پزشکی و درمان اضلاع
سازمان بهداشتی کشور

برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم کارت سنجش بینایی

نام و نام خانوادگی کودک: کد ملی:

جنس: دختر ☐ پسر ☐

نحوه غربالگری: چارت ☐ دستگاه ☐

روز ماه سال

تاریخ تولد:

تاریخ مراجعه سوم:

تاریخ مراجعه دوم:

تاریخ مراجعه اول:

سن (به سال)	چشم	وضعیت بینایی				وضعیت بینایی				وضعیت بینایی			
		چپ		راست		چپ		راست		چپ		راست	
		قبول	ارجاعی	قبول	ارجاعی	قبول	ارجاعی	قبول	ارجاعی	قبول	ارجاعی	قبول	ارجاعی
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
کودک از عینک استفاده می‌کند <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>													
در حال حاضر تحت نظر متخصص است بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>													
نام و نام خانوادگی غربالگر													

تاریخ مراجعه سوم:

تاریخ مراجعه دوم:

تاریخ مراجعه اول:

سن (به سال)	چشم	راست	چپ	راست	چپ	راست	چپ
حدت بینایی (بدون اصلاح)	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$
حدت بینایی (بلافاصله پس از بهترین اصلاح)	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$
آمبلیوپی	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
عیوب انکساری	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
استرابیسم	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
سایر اختلالات	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
نیاز به مراجعه به چشم پزشک	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
نام و نام خانوادگی و مهر و امضاء اپتومتریست							

تاریخ مراجعه سوم:

تاریخ مراجعه دوم:

تاریخ مراجعه اول:

سن (به سال)	چشم	راست	چپ	راست	چپ	راست	چپ
حدت بینایی (بدون اصلاح)	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$
حدت بینایی (بلافاصله پس از بهترین اصلاح)	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$	$\frac{20}{\dots}$
آمبلیوپی	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
عیوب انکساری	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
استرابیسم	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>	دارد <input type="checkbox"/> ندارد <input type="checkbox"/>
سایر اختلالات با ذکر نام						
نوع درمان	جراحی <input type="checkbox"/> غیرجراحی <input type="checkbox"/>	جراحی <input type="checkbox"/> غیرجراحی <input type="checkbox"/>	جراحی <input type="checkbox"/> غیرجراحی <input type="checkbox"/>	جراحی <input type="checkbox"/> غیرجراحی <input type="checkbox"/>	جراحی <input type="checkbox"/> غیرجراحی <input type="checkbox"/>	جراحی <input type="checkbox"/> غیرجراحی <input type="checkbox"/>	جراحی <input type="checkbox"/> غیرجراحی <input type="checkbox"/>
نام و نام خانوادگی و مهر و امضاء چشم پزشک							



سازمان بهداشت و آموزش پزشکی

مرکز تخصصی پزشکی و دندانپزشکی
معاونت پزشکی از عملیات

برنامه کشوری پیشگیری از تنبلی چشم کارت سلامت بینایی

نام و نام خانوادگی کودک: کد ملی:

نحوه معاینه کودک:

جنس: دختر ☐ پسر ☐

چارت ☐ دستگاه ☐ معاینه تخصصی ☐

روز ماه سال
تاریخ تولد:

تاریخ مراجعه سوم:

تاریخ مراجعه دوم:

تاریخ مراجعه اول:

سن
(به سال)
محل مهر