

Tarehe ya Uchunguzi: \_\_\_\_\_

# \_\_\_\_\_

Je, mtoto huyu ameonana na daktari wa macho ndani ya mwaka uliopita? ☐ Hapan ☐ Ndiyo  
(Ikiwa ndiyo, tafadhali endelea kuhudhuria miadi ya mtoto wako na daktari wake wa macho.)

Uchunguzi wa bure wa macho utatolewa kwa watoto na Klabu ya Lions ya eneo husika. Uchunguzi huu unafanywa kwa ushirikiano na Iowa KidSight, katika Idara ya Ophthalmology na Visual Sciences ya Hospitali ya Watoto ya Chuo Kikuu cha Iowa Stead Family Children's Hospital. Uchunguzi wa macho hutengeneza picha za macho ya mtoto ili kubaini uwepo wa matatizo ya macho kama vile kuona mbali, kuona karibu, astigmatism, anisometropia (tofauti ya uwezo wa kuona kati ya macho), strabismus (macho kutazama pande tofauti), na ukungu wa vyombo vya macho (kwa mfano, mtoto wa jicho). Hakuna mgusano wa kimwili unaofanywa kwa mtoto na hakuna matone ya macho yanayotumika wakati wa uchunguzi. Uchunguzi huu una uwezo wa takriban asilimia 85–90 kugundua matatizo yanayoweza kusababisha upungufu wa kuona.

Ushiriki ni wa hiari. Uchunguzi huu umeundwa kwa watoto wenye umri wa miezi 6 hadi wanaoingia shule ya chekechea (Kindergarten). Watoto walio chini ya miezi 6 hawatachunguzwa. Picha hazitatathminiwa bila fomu ya idhini iliyosainiwa na kukamilishwa. Kila mtoto lazima awe na fomu yake ya idhini. Ikiwa una maswali, tafadhali wasiliana na Iowa KidSight: Iowa KidSight 2431 Coral Court #5 Coralville, Iowa 52241 Simu: 319-353-7616 Barua pepe: kidsight@uiowa.edu

Tafadhali andika kwa herufi kubwa au chapa taarifa zilizo hapa chini:

Jina la Kwanza la Mtoto: \_\_\_\_\_ Jina la Mwisho la Mtoto: \_\_\_\_\_

Jinsia: ☐ Mke ☐ Mume ☐ Nyingine Tarehe ya Kuzaliwa ya Mtoto: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Umri wa Mtoto: \_\_\_\_\_

Kabila/Kundi la Asili: ☐ Mhindi wa Marekani ☐ Mzaliwa wa Alaska ☐ Mwaasia ☐ Mweusi au Mwafrika Mwamerialack  
☐ Mhispania au Mlatino ☐ Mzaliwa wa Visiwa vya Pasifiki ☐ Mzungu au Mkaukazi wa Ulaya ☐ Nyingine

Jina la Mzazi \_\_\_\_\_

Anwani \_\_\_\_\_ Mji \_\_\_\_\_ Msimbo wa Posta (ZIP) \_\_\_\_\_

Simu ya Mkononi (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Simu Nyingine (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Barua Pepe \_\_\_\_\_

Mimi, niliyesaini hapa chini, ninatoa ruhusa kwa mtoto wangu, \_\_\_\_\_,  
kushiriki katika tukio hili la uchunguzi.

1. Taarifa zinazopatikana kupitia uchunguzi huu ni za awali tu na hazijumuishi utambuzi rasmi wa matatizo ya macho.
2. Nitaarifiwa kuhusu matokeo ya uchunguzi kupitia Iowa KidSight katika Hospitali ya Watoto ya Chuo Kikuu cha Iowa Stead Family Children's Hospital au kupitia kituo cha mtoto wangu kilichofanya uchunguzi. Ninaweza pia kuwasiliana na wafanyakazi wa Iowa KidSight kuhusu ufuatiliaji wa rufaa ya macho.
3. Matokeo ya uchunguzi yanaweza kutimiza hitaji la uchunguzi wa macho kabla ya kuingia chekechea na yanaweza kurekodiwa katika Daftari la Chanjo la Iowa.
4. Nimewajibika kupanga uchunguzi kamili wa macho kwa daktari ninayemchagua ikiwa mtoto wangu amepewa rufaa kutokana na matokeo ya uchunguzi huu. Iowa KidSight inapendekeza uchunguzi wa macho unaojumuisha kupanua mboni za macho (dilated eye examination).
5. Matokeo ya uchunguzi kamili wa macho ya mtoto wangu yatashirikiwa na Iowa KidSight kusaidia kutathmini ufanisi wa programu hii. Iowa KidSight itahifadhi usiri wa taarifa na matokeo yote. Taarifa za mtoto wako pia zitashirikiwa na iScreen, mtengenezaji wa kifaa cha uchunguzi, pamoja na washirika au wakandarasi wake kwa ajili ya kuchakata na kuhifadhi picha za macho.
6. Sitawajibika Klabu ya Lions na wajitolea wake, mashirika ya Lions Clubs, Hospitali ya Watoto ya Chuo Kikuu cha Iowa Stead Family Children's Hospital, au washirika wao kwa makosa yoyote ya uamuzi, kutokuchukua hatua, au utambuzi usio sahihi. Hakuna hatari zinazotarajiwa kutokana na kushiriki katika uchunguzi wa macho wa Iowa KidSight.