## 

**ΥΠΑΝ ΔΔΕ 19**

**جمهوری قبرس**

وزارت آموزش و پرورش ، ورزش و جوانان

وزارت بهداشت

خدمات پزشکی و بهداشت عمومی

**مدرسه ابتدایی** ........ .......................................................................................................

**سال تحصیلی:**.................................................................................................................

بازدید ماموران بهداشت از مدارس

**والدین / قیم / سرپرست گرامی ،**

**مامورین خدمات پزشکی مدارس ( بازدید کنندگان و کارشناسان کادر پزشکی ) با همکاری وزارت آموزش و پرورش ، ورزش و جوانان برای انجام**  **معاینات پزشکی غربالگری به صورت دوره ای از مدارس بازدید می کنند. این اقدامات در چارچوب تلاش های وزارت بهداشت برای تضمین سلامت کودکان انجام می شود. این معاینات به ارزیابی کلی و نظارت بر سلامت کودکان توسط سرویس بهداشتی مدارس در راستای تشخیص زودهنگام، درمان و نظارت بر مشکلات احتمالی پزشکی مرتبط کمک می کند**

**- معاینات پزشکی دانش آموزان ( مقطع اول و چهارم دبستان) , به عبارت دیگر ارزیابی وضعیت عمومی ,سیستم قلبی عروقی (به طور مثال، برای وجود احتمالی سوفل قلبی ,آریتمی یا شریان فمورال)، سیستم تنفسی، حفره شکمی، دستگاه تناسلی ادراری پسران (برای حذف وجود کریپتورکیدیسم یا فیموز)، بلوغ جنسی ( به طور مثال بلوغ زودرس در دختران ) , و حفره دهان و**

**- معاینات غربالگری که شامل اندازه گیرن قد و وزن دانش آموزان (مقطع اول و چهارم دبستان), تست های بینایی و شنوایی ( پایه اول و چهارم دبستان) و ستون فقرات ( مقطع پنجم و ششم دبستان, مثلاً برای کیفوز یا اسکولیوز) و تست کور رنگی ( مقطع ششم دبستان ) می باشد.**

بازدید ماموران بهداشت از مدرسه ما در تاریخ .................... انجام خواهد شد و شامل معاینه دانش آموزان کلاس های .................................. خواهد بود. لازم به ذکر است که شما حق حضور در معاینه پزشکی فرزند خود را دارید.

**امکان دارد بازدید ماموران بهداشت به دلیل حادثه غیر مترقبه یا سایر فعالیت های مدرسه در تاریخ تعیین شده انجام نگیرد . لذا در صورتی که قصد شرکت در معاینه پزشکی فرزند خود را دارید، توصیه می گردد که در صبح روز تعیین شده با دبیرخانه مدرسه به منظور تایید انجام بازدید مامورین بهداشت تماس حاصل نمایید.**

**ملاحظات : معاینه فرزند شما تنها در صورتی انجام می شود که در ابتدای سال تحصیلی از طریق فرم مربوطه که از سوی خدمات پزشکی مدرسه برای شما ارسال شده است، رضایت خود را اعلام کرده باشید.**