Screening & Assessment Format

Basic Information Sheet

Client's Name: व्यक्ति के नाम.....

Age: आयु…...……Sex: लिंग…...……Registration No: पंजीकरण संख्या…….....……

Date and Place of screening: ……..
दिनांक और जाँच स्थल

This schedule is for screening of vision and hearing problems among children and adults in special schools, villages or in camps. Observe the child in his familiar environment and answer the following questions in YES or NO. Consult with other family members too. If you get consistent and frequent YES answers, on the screening schedule for vision problems then please refer the child/person to an Ophthalmologist/Eye Specialist. Similarly, if you get consistent and frequent YES answers, on the screening schedule for hearing problems then please refer the child/person to ENT/Audiologist for a clinical Hearing testing at the nearest centre.

यह अनुसूची विशेष स्कूलों , गांवों या शिविरों में बच्चों और वयस्कों में दृष्टि और सुनने या सुनने की शक्ति की समस्याओं की जाँच के लिए है । परिचित माहौल में बच्चे का अवलोकन करके और हाँ या नहीं में निम्न सवालों का जवाब प्राप्त करीए। परिवार के अन्य सदस्यों के साथ भी परामर्श करें । अगर दृष्टि समस्याओं के जाँच के समय पर लगातार हाँ जवाब मिलता है तो कृपया बच्चे / व्यक्ति को आप एक नेत्र रोग विशेषज्ञ / नेत्र विशेषज्ञ से संपर्क करें । इसी तरह यदि, श्रवण जाँच के समय पर लगातार और बार-बार जवाब हाँ आए तो चिकित्सीय श्रवण परीक्षण के लिए निकटतम केंद्र पर कान चिकित्सक या

A) Family History परिवारिक इतिहास	**YES**	**NO**
Does anyone in your family have a severe vision loss or eye disease? (e.g., Albinism, amblyopia, cataracts, glaucoma, strabismus, retinoblastoma) क्या आपके परिवार में किसी को भी गंभीर दृष्टि हानि या नेत्र रोग है?	☐	☐
Did the child's mother have any serious infection or diseases during pregnancy? (e.g., Rubella, cytomegalovirus, toxoplasmosis, syphilis, herpes) क्या बच्चे की मां को गर्भावस्था के दौरान किसी भी प्रकार के गंभीर संक्रमण या कोई रोग हुआ है?	☐	☐
Did the child mother use drugs or alcohol during pregnancy? क्या बच्चे की मां ने गर्भावस्था के दौरान नशीली दवाओं या शराब अल्कोहल का उपयोग/सेवन किया है?	☐	☐
Has a vision problem been identified or suspected? क्या दृष्टि समस्या का संदेह या पहचान हुई है?	☐	☐
Do you have any concern about your child's vision? क्या आपको अपने बच्चे की दृष्टि क्षमता के बारे में कोई चिंता है?	☐	☐

ऑडियोलॉजिस्ट से संपर्क करें ।

Screening Schedule for Vision Problem in Children

B) Appearances of the Eye आँखों की बनावट	**YES**	**NO**
Encrusted eye lashes संकुचित पलक	☐	☐
Swollen or red eyelid सूजन या लाल पलक	☐	☐
Frequent (stye) अक्सर आंखों में में बीलनी आता है	☐	☐
Discharge in the eye or along the eye lids आंख में या पलकों से निर्वरत पानी आना	☐	☐
Do you have concerns about your child's vision? आप अपने बच्चे की दृष्टि के बारे में चिंतित है?	☐	☐
Eyes that are usually red or watery आंखें आमतौर पर लाल या आंसुओं से भरी हुई	☐	☐
Pupils of different sizes or clouding of pupils विभिन्न आकार की पुतलीयां या पुतली पर झाई	☐	☐
Drooping eyelids झूकी हुई पल्कें	☐	☐
Eyes that do not appear straight (Crossed eyes) ऑखें जो सीधी नहीं हैं (तिर्छि ऑखें)	☐	☐

A) **Visual behaviours** दृष्टि व्यवहार	**YES**	**NO**
Complains of aches or pain in the eyes आंखों में दर्द या दर्द की शिकायत	☐	☐
Excessive headaches अत्यधिक सिर दर्द	☐	☐
Dizziness or nausea after close eye work करीबी नजर का काम करने के बाद चक्कर आना या मितली	☐	☐
Squinting and constant blinking तिरछा देखना और निरंतर झपकना	☐	☐
Frowning, facial distortion चेहरे की विकृति	☐	☐
Constant rubbing of eyes or attempts to brush away a shadow आंखों को लगातार रगड़ना या छाया दूर करने के लिए प्रयास करना	☐	☐
Tilting of the heads to see देखने के लिए सिर को झुकाना	☐	☐
Closing or covering one eye when looking or reading देखने या पढ़ने के लिए एक आंख बंद कर लेते हैं या एक आंख को ढंक लेते हैं	☐	☐
Child constantly requests someone to tell what is going on	☐	☐

बच्चा आसपास की गतिविधियों को जानने का पता लगाने के लिए किसी और से अनुरोध करता है		
Child has poor eye hand coordination and unusual awkwardness/clumsiness during task using hands or the child has balance problem during walking बच्चे का आँख और हाथ समन्वय न होना और हाथ से काम करने में समस्या या चलने के दौरान संतुलन में समस्या	☐	☐
Child bumps/clumsy during walking particularly in new environment विशेष रूप से नए माहौल में चलने के दौरान बच्चे का आसपास की चीज़ो से टकराना	☐	☐
Unduly sensitive to bright light, glare or shiny objects उज्ज्वल प्रकाश, चमक या चमकदार वस्तुओं के लिए अनावश्यक रूप से संवेदनशील	☐	☐
Does the child have difficulty seeing at night or in dark? क्या बच्चे को रात में या अंधेरे में देखने में कठिनाई है?	☐	☐
The child need glasses to see objects बच्चेको वस्तुओं को देखने के लिए चश्मे की जरूरत	☐	☐

Visual Screening Outcome: दृष्टि जाँच परिणाम		
Vision problem suspected दृष्टि समस्या प्रतित होना	☐	☐
Referred to Ophthalmologist for clinical assessment चिकित्सीय आकलनके लिए नेत्र रोग विशेषज्ञ के लिए भेजा गया	☐	☐
Referred for Functional Vision Assessment कार्यात्मक विजन आकलन के लिए भेजा गया	☐	☐

Screening Schedule for Hearing Problem in Children

बच्चों में सुनवाई समस्या के लिए जाँच अनुसूची

# Family History परिवारिक इतिहास	**YES**	**NO**
Does anyone in your family have a severe hearing loss or ear disease? (e.g.,tinitus, otitis media, perforation of ear drum, Meniere's disease, etc.) क्या आपके परिवार में किसी को भी गंभीर सुनने की समस्या या कान की बीमारी है? (जैसे- टीनाईटिस, मध्यकर्ण में समस्या, कान के पर्दा में छिद्र, मेनिएरा रोग आदि) Pls. Mention कृपया बताएं……	☐	☐
Did the child's mother have any serious infections or diseases during Pregnancy? (e.g., rubella, cytomegalovirus, toxoplasmosis, syphilis, Herpes क्या बच्चे की मां को गर्भावस्था के दौरान किसी भी प्रकार का गंभीर संक्रमण या कोई रोग हुआ है? जैसे, रूबेला , साईटोमेगालोवायरस् , टोक्सोप्लाज़मोसिज़ , उपदंश, दाद)	☐	☐
Did the child's mother use drugs or alcohol during pregnancy? क्या बच्चे की मां ने गर्भावस्था के दौरान नशीले दवाओं या शराब अल्कोहल का उपयोग/सेवन किया है?	☐	☐
Has a hearing problem been identified or suspected? क्या सुनने में समस्या की पहचान या संदिग्ध पाया गया है?	☐	☐
Do you have any concerns about your child's hearing? आप अपने बच्चे की सुनने की क्षमता को लेकर चिंतित है?	☐	☐

A) Ear problem कान की समस्या	**YES**	**No**
Complaints of ear aches कान में दर्द की शिकायतें	☐	☐
Complaints of headaches सिर दर्द की शिकायतें	☐	☐
Complaints of ringing sound/sensation in ears or of hearing voices कान में गूंजनेवाली ध्वनि / सनसनी या अन्य आवाजों की शिकायतें	☐	☐
Reoccurring ear infections बार - बार कान में संक्रमण	☐	☐
Frequent colds अक्सर जुकाम होना	☐	☐
Any external ear or facial abnormality किसी प्रकार की बाहरी कान में या चेहरे की विषमता	☐	☐

B) **Hearing behaviour** श्रवण व्यवहार	**YES**	**NO**
Turning of one ear towards or away from the sound source एक कान को ध्वनि स्रोत की ओर या दुसरी दिशा में मोड़ना	☐	☐
Turning up the radio or television or headset रेडियो या टीवी या हेडसेट की आवाज़ को तेज़ करना	☐	☐
Sitting very close to the television or radio टीवी या रेडियो के बहुत करीब बैठना	☐	☐

Appears to ignore conversation or directives बातचीत या निर्देशों की अनदेखी करता है	☐	☐
Seems engrossed in work, oblivious to sounds around आसपास आवाज़ होते हुए भी, काम में तल्लीन / बेखबर लगता है	☐	☐
Humming (Constant) to possibly provide stimulation संभवतः प्रोत्साहन प्रदान करने के लिए गुनगुना	☐	☐
Startling behaviour to everyday sounds हर रोज की आवाजों पर चौंकने वाला व्यवहार	☐	☐
Relies on gestures excessively जरूरत से ज्यादा इशारों पर निर्भर करता है	☐	☐
Poor spoken language बोली जाने वाली भाषा ठीक ना होना	☐	☐
Does the child complain that everyone either speaks too loudly or too softly? बच्चे को शिकायत है कि हर कोई या तो जोर से बोलते हैं या बहुत धीरे से ?	☐	☐
Not able to hear others from distance or from behind दूरी से या पीछे से दूसरों को सुनने के लिए सक्षम नहीं है	☐	☐
Does the child have difficulty identifying familiar persons by their voice? बच्चे को परिचित व्यक्तियों को उनकी आवाज से पहचानने में कठिनाई होती है?	☐	☐
Difficulty in listening speech in background noise शोर के दौरान बोल सुनने में कठिनाई है	☐	☐
Not able to hear when called from other nearby rooms inside house or inside school	☐	☐

घर या स्कूल के दूसरे कमरे से आवाज़ देने पर सुनने के लिए सक्षम नहीं है		
Does the child need hearing aids to listen? बच्चे को सुनने के लिए श्रवण - संबंधी उपकरण की जरूरत है?	☐	☐
Does the child have problems in balance? बच्चे को संतुलन में समस्या है ?	☐	☐

Hearing Screening Outcome: श्रवण जाँच परिणाम	**YES**	**NO**
Hearing problem suspected श्रवण समस्या संदिग्ध है	☐	☐
Referred to Audiologist for Audiometry ऑडियोमेट्री के लिए ऑडियोलॉजिस्ट के पास भेजा गया	☐	☐
Referred to ENT specialist for clinical assessment चिकित्सीय आकलनके लिए ई.एन.टी (कान नाक गला) विशेषज्ञ के पास भेजा गया	☐	☐
Referred for Functional Hearing Assessment कार्यात्मक सुनवाई आकलन के लिए भेजा	☐	☐

Opinion of the Screener निरीक्षक की राय

Referral Comment: परामर्श टिप्पणी

……
……
……

Screener's Observations (if any) निरीक्षक की टिप्पणियां (अगर कोई है):

……
……
……

Screener's Inference निरीक्षक का अनुमान:

……
……
……

Place जगह: Signature हस्ताक्षर:

The formats for Vision and Hearing can also be used in Isolation to screen vision or hearing problems in hearing impaired or visually impaired children

दृष्टि और श्रवण के प्रारूप का उपयोग दृष्टिबाधित या श्रवण बाधित बच्चों में दृष्टि या श्रवण की समस्याओं को जाँच करने में इस्तेमाल किया जा सकता है ।