

**أسم الخدمة: فحص التلاميذ**

**أسم المحافظة: واسط**

**الاستمارة القياسية لتبسيط الاجراءات**

**أسم القطاع: الصحة**

**أسم العملية: فحص السمع**

|  |  |
| --- | --- |
| **التوقيتات****(اختياري**) | **الاجراءات المبسطة لتقديم الخدمة للمستفيد**  |
|  | 1. **احالة الطالب إلى اقرب مركز صحي/ وحدة الصحة المدرسية من قبل إدارة المدرسة**
2. **فحص السمع من قبل المركز الصحي /وحدة الصحة المدرسية بالتعاون مع شعبة التغذية**
3. **معرفة نتيجة او قرار الفحص من قبل الطبيب**
4. **السمع طبيعي وعلية يحال إلى المدرسة في الصفوف الاعتيادية**
5. **ضعف السمع إحالة إلى مستشفى /شعبة الأنف والاذن والحنجرة (a)إجراءات الفحص في المستشفى**
6. **يلتحق جميع الطلاب بالمدرسة او رياض الاطفال المدرسة او رياض الاطفال**
 |

**أرسم خارطة العمليات المبسطة:** فحص الطلبة الجدد(أول ابتدائي +رياض أطفال) فحص السمع

**فحص سمع الطالب**

**المركز الصحي / وحدة الصحة المدرسية**

**نتيجة الفحص**

**الطبيب**

**ضعف السمع**

**إحالة إلى مستشفى /شعبة الأنف والاذن والحنجرة**

**السمع طبيعي**

**يحال إلى المدرسة في الصفوف الاعتيادية**

 **(a)إجراءات الفحص في المستشفى**

**احالة الطالب إلى اقرب مركز صحي/ وحدة الصحة المدرسية**

**إدارة المدرسة**

**اد**

**يلتحق جميع الطلاب بالمدرسة او رياض الاطفال**

**المدرسة او رياض الاطفال**