

أسم الخدمة: فحص التلاميذ

أسم المحافظة: واسط

**الاستمارة القياسية لتبسيط الاجراءات**

أسم القطاع: الصحة

أسم العملية: فحص البصر

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

**أرسم خارطة العمليات المبسطة:**

**فحص البصر للطالب**

**المركز الصحي / وحدة الصحة المدرسية**

**نتيجة الفحص**

**طبيب عيون**

**ضعف البصر**

**إحالة إلى مستشفى /شعبة العيون**

**البصر 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**