**स्वस्थ युवा एथलीट बाल चिकित्सा स्क्रीनिंग**

**भाग 1: प्री-स्क्रीनिंग फ़ॉर्म**

***स्क्रीनिंग इवेंट से पहले माता-पिता या अभिभावक द्वारा पूरा किया जाना चाहिए***

प्रिय माता-पिता या अभिभावक,

प्रिय माता-पिता या अभिभावक,स्वस्थ युवा एथलीट बाल चिकित्सा स्क्रीनिंग में आपकी भागीदारी लेने के रूप में पूरा करने के लिए आपको यह प्री-स्क्रीनिंग दस्तावेज़ प्राप्त हुआ है। स्वस्थ युवा एथलीट बाल चिकित्सा जांच आपके बच्चे की स्वास्थ्य देखभाल और विकास संबंधी जरूरतों का समर्थन करने के लिए है। यह स्क्रीनिंग स्थानीय सामुदायिक स्वास्थ्य देखभाल और संबंधित प्रदाताओं और सेवाओं के लिए सूचना, उपकरण और प्रत्यक्ष रेफ़रल प्रदान करेगी। इसका उद्देश्य उन मौजूदा समर्थन और सेवाओं को बढ़ाना है, जिनके साथ आप पहले से जुड़े हुए हैं, न कि उन्हें प्रतिस्थापित करना।

यह स्क्रीनिंग और परामर्श [विशेष ओलंपिक युवा एथलीट](https://www.specialolympics.org/our-work/inclusive-health/young-athletes) कार्यक्रम का हिस्सा हैं। चाहे आपका बच्चा नियमित रूप से युवा एथलीटों में भाग ले रहा हो या आप पहली बार किसी विशेष ओलंपिक कार्यक्रम में भाग ले रहे हों, इस प्री-स्क्रीनिंग में जानकारी को पूरा करने के लिए हम आपको धन्यवाद देते हैं।

एक बार प्री-स्क्रीनिंग प्रश्नावली पूरी हो जाने के बाद, आपकी जानकारी आपके स्थानीय विशेष ओलंपिक कार्यक्रम में एक नामित नैदानिक निदेशक के साथ साझा की जाएगी। स्वस्थ युवा एथलीट बाल चिकित्सा स्क्रीनिंग में, आपको और आपके बच्चे के देखभाल और विकास में जरूरत के किसी भी क्षेत्र या कमियों को दूर करने के लिए एक व्यापक जांच और परामर्श प्राप्त होगा। स्क्रीनिंग के परिणामस्वरूप, आपके बच्चे को स्थानीय प्रदाता या विशेषज्ञ के साथ अनुवर्ती देखभाल के लिए एक रेफ़रल प्राप्त हो सकता है। कई परिवारों को अपने बच्चे के मौजूदा स्वास्थ्य और विकास का समर्थन करने के लिए अतिरिक्त शैक्षिक जानकारी भी प्राप्त होगी।

आप प्री-स्क्रीनिंग में जो उत्तर देंगे, उनसे हमें आपके बच्चे और परिवार की ताकत को बढ़ावा देने के तरीकों का पता लगाने में मदद मिलेगी और साथ ही स्क्रीनिंग और परामर्श कार्यक्रम से पहले ज़रूरत के संभावित क्षेत्रों की पहचान करने में भी मदद मिलेगी। यह स्क्रीनिंग टूल आपके बच्चे के लिए सर्वश्रेष्ठ प्रदान करने में आपके साथ मिलकर आगे बढ़ने के लिए विकसित किया गया था।

प्री-स्क्रीनिंग, स्क्रीन और परामर्श कार्यक्रम के दौरान पूछे जाने वाले प्रश्नों के उत्तर देना वैकल्पिक है। ऐसी जानकारी साझा करें जिसके साथ आप सहज महसूस करते हैं और यदि आप सुनिश्चित नहीं हैं कि किसी प्रश्न का उत्तर कैसे दिया जाए, तो उस स्थान को खाली छोड़ दें। आमने-सामने की स्क्रीनिंग और परामर्श के दौरान आपसे मिलने वाले विशेष ओलंपिक कर्मचारी या स्वयंसेवक आपसे पूझे जाने वाले किसी भी भ्रमित करने वाले प्रश्नों की समीक्षा करेंगे और साथ ही उन क्षेत्रों की भी समीक्षा करेंगे जिनमें और भी चर्चा करने की ज़रूरत पड़ेगी।

आपके बच्चे के स्वास्थ्य और कल्याण से जुड़ी ज़रूरतों के बारे में गहराई से पता लगाने में हमारी मदद करने के लिए, आपके शामिल होने पर विशेष ओलंपिक आपका स्वागत करता है। प्रत्येक बच्चा योग्य स्वास्थ्य सेवा पेशेवरों के ध्यान, समर्थन और सेवाओं का हकदार है। जब आप सिस्टम को नेविगेट करते हैं और निरंतर सहायता प्रदान करते हैं, तो आपके साथ काम करना हमारा लक्ष्य है, ताकि आपका बच्चा एक लंबा स्वस्थ सक्रिय जीवन जी सके।

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***भाग लेने के लिए सहमति*** | | |
| विशेष ओलंपिक स्वस्थ एथलीट® कार्यक्रम के माध्यम से स्थानीय, राजकीय, राष्ट्रीय और वैश्विक खेलों के स्थानों पर एथलीटों को कुछ गैर-आक्रामक स्वास्थ्य देखभाल सेवाएं प्रदान करता है। इन सेवाओं में स्वास्थ्य की स्थिति और स्वास्थ्य देखभाल की जरूरतों, स्वास्थ्य शिक्षा का प्रावधान, नियमित निवारक सेवाएं (जैसे सुरक्षात्मक माउथ गार्ड), शैक्षिक सेवाएं, और दृष्टि और श्रवण की कमी के मामले में, आवश्यक आईवियर (चश्मा स्विम गॉगल्स, सुरक्षात्मक आईवियर) का प्रावधान शामिल हो सकता है और श्रवण यंत्र। एथलीटों को उनके स्वास्थ्य की स्थिति के बारे में सूचित किया जाता है और अनुवर्ती देखभाल की आवश्यकता के बारे में सलाह दी जाती है। इसके अलावा, उस समय एकत्र की गई जानकारी जब सेवाएं प्रदान की जाती हैं, नीतियों को विकसित करने, संसाधनों को सुरक्षित करने के लिए अमूल्य रही हैं, और एथलीटों की स्वास्थ्य जरूरतों को बेहतर ढंग से पूरा करने के लिए कार्यक्रमों को लागू करना।  **नाबालिगों के लिए प्राधिकार**: मैं समझता/समझती हूं कि नीचे हस्ताक्षर करके मैं \_\_\_ से सहमत हूं टेक्स्ट दर्ज करने के लिए यहां क्लिक या टैप करें।\_मैं समझता/समझती हूं कि नीचे हस्ताक्षर करके मैं विशेष ओलंपिक स्वस्थ एथलीट बाल चिकित्सा स्क्रीनिंग कार्यक्रम में (एथलीट का पूरा नाम) की भागीदारी के लिए सहमति देता/देती हूं, जो सामान्य बाल चिकित्सा स्वास्थ्य के व्यक्तिगत स्क्रीनिंग आकलन प्रदान करता है। मैं समझता/समझती हूं कि अगर एथलीट भाग नहीं लेना चाहे या अगर मैं फ़ैसला लूं कि एथलीट भाग नहीं लेगा, ऊपर नामित एथलीट के लिए स्वस्थ एथलीट कार्यक्रम में भाग लेने की कोई बाध्यता नहीं है। इन स्वास्थ्य सेवाओं का प्रावधान नियमित देखभाल के विकल्प के रूप में नहीं है। मैं यह भी समझता हूं कि मुझे अपनी स्वतंत्र चिकित्सा सलाह लेनी चाहिए और उपरोक्त नामित एथलीट के लिए इन सेवाओं के प्रावधानों के बावजूद सहायता करनी चाहिए और यह कि विशेष ओलंपिक ऊपर नामित एथलीट के स्वास्थ्य के लिए जिम्मेदार इन प्रावधानों के प्रावधान के माध्यम से नहीं है। मैं समझता/समझती हूं कि स्क्रीनिंग प्रक्रिया के हिस्से के रूप में एकत्रित की गई जानकारी का इस्तेमाल एथलीटों की समग्र स्वास्थ्य आवश्यकताओं का आकलन करने और उन्हें संप्रेषित करने और उन आवश्यकताओं को पूरा करने के लिए कार्यक्रम विकसित करने हेतु समूह के रूप में (गुमनाम रूप से) किया जा सकता है। | | |
| टेक्स्ट दर्ज करने के लिए यहां क्लिक या टैप करें। | टेक्स्ट दर्ज करने के लिए यहां क्लिक या टैप करें। | टेक्स्ट दर्ज करने के लिए यहां क्लिक या टैप करें। |
| माता-पिता या अभिभावक के हस्ताक्षर | विशेष ओलंपिक कार्यक्रम | तिथि |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***आपके बच्चे के बारे में पृष्ठभूमि की जानकारी*** | | | | | | | | | | |
| बच्चे का नाम: | टेक्स्ट दर्ज करने के लिए यहां क्लिक या टैप करें। | | | बच्चे की जन्मतिथि/जन्म के समय निर्धारित हुआ लिंग | | | | टेक्स्ट दर्ज करने के लिए यहां क्लिक या टैप करें। | | |
| माता-पिता का नाम/बच्चे से रिश्ता | टेक्स्ट दर्ज करने के लिए यहां क्लिक या टैप करें। | | | SO कार्यक्रम स्थान  *(राज्य या देश)* | | | | टेक्स्ट दर्ज करने के लिए यहां क्लिक या टैप करें। | | |
| माता-पिता का ईमेल: | टेक्स्ट दर्ज करने के लिए यहां क्लिक या टैप करें। | | | माता-पिता का फ़ोन नंबर | | | | टेक्स्ट दर्ज करने के लिए यहां क्लिक या टैप करें। | | |
| घर में बोली जाने वाली भाषा: | टेक्स्ट दर्ज करने के लिए यहां क्लिक या टैप करें। | | | व्यक्तिगत कार्यक्रमों के लिए व्हीलचेयर सुलभ स्थान की आवश्यकता है | | | | | | हाँ नहीं |
| **1. आपके बच्चे की सबसे बड़ी ताकत क्या हैं?** *कृपया लागू होने वाले सभी चेक करें।* | | | स्वतंत्र | | | चंचल | | | खुश | |
| सामाजिक | | | धैर्य | | | शांत | |
| *नीचे दिए गए स्थान में अधिक विवरण प्रदान करें*:  टेक्स्ट दर्ज करने के लिए यहां क्लिक या टैप करें। | | | | | | | |
| **2. कृपया अपने बच्चे के बारे में कुछ मजेदार तथ्य सूचीबद्ध करें।**  *(उदाहरण के लिए, कौन-सी गतिविधियां/स्थान/जानवर उन्हें खुश करते हैं, उन्हें क्या सुकून देता है, उनका पसंदीदा खिलौना, चरित्र आदि क्या है।)* | | | | | टेक्स्ट दर्ज करने के लिए यहां क्लिक या टैप करें। | | | | | |
| **3. आप अपने बच्चे के स्वास्थ्य और विकास के किन पहलुओं के बारे में सबसे अधिक चिंतित हैं?**  *कृपया लागू होने वाले सभी चेक करें।* | | नखरे, भावनात्मक विनियमन, व्यवहार संबंधी मुद्दे | | | | संदिग्ध चिकित्सा बीमारी | | | भाषा या संचार | |
| अनुकूली कौशल (शौचालय प्रशिक्षण, आत्म-संवारना) | | | | पोषण, भोजन या वजन | | | सामाजिक कौशल | |
| सुनना | | | | दंत स्वास्थ्य | | | दृष्टि | |
| नींद के पैटर्न या आदतें | | | | अन्य | टेक्स्ट दर्ज करने के लिए यहां क्लिक या टैप करें। | | | |
| **4. मेरे बच्चे का वर्तमान में निम्नलिखित चिकित्सा, विकासात्मक, व्यवहारिक और/या भावनात्मक चिंताओं के लिए मूल्यांकन किया जा रहा है।** | | | टेक्स्ट दर्ज करने के लिए यहां क्लिक या टैप करें। | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***बच्चे का स्वास्थ्य देखभाल इतिहास*** | | | | | | | | |
| **5. आखिरी बार आपके *बच्चे को* निम्नलिखित कब हुआ था?** *कृपया लागू होने वाले सभी चेक करें* | | | | | | | | |
|  | | *1 महीने के भीतर* | *1 साल के भीतर* | | *याद रखने के लिए बहुत लंबा* | | | *कभी नहीं* |
| अच्छी तरह से बच्चे की जांच / नियमित शारीरिक | |  |  | |  | | |  |
| श्रवण परीक्षण, प्रकार:टेक्स्ट दर्ज करने के लिए यहां क्लिक या टैप करें।  सामान्य या  असामान्य | |  |  | |  | | |  |
| नज़र का परीक्षण  सामान्य या  असामान्य | |  |  | |  | | |  |
| दंत परीक्षा  सामान्य या  असामान्य | |  |  | |  | | |  |
| मेरा बच्चा CDC/WHO द्वारा अनुशंसित बचपन के टीकों के बारे में अप-टू-डेट है।  *कृपया बाल चिकित्सा स्क्रीनिंग कार्यक्रम में अपने टीके के रिकॉर्ड को साथ लाएं* | | | | | | | हाँ | नहीं |
| **6. वर्तमान में आपके बच्चे के पास किस प्रकार की चिकित्सा या अतिरिक्त सहायता है?**  *कृपया लागू होने वाले सभी चेक करें।* | व्यक्तिगत शैक्षिक योजना (IEP)/ 504 स्कूली शिक्षा योजना | | | | अर्ली इंटरवेंशन/अर्ली स्टार्ट सर्विसेज़ | | | |
| फिजिकल थेरेपी | | | ऑक्यूपेशनल थेरेपी | | फीडिंग थेरेपी | | |
| स्पेशल स्कूल/थेराप्यूटिक स्कूल | | | भाषण/ भाषा चिकित्सा | | आहार विशेषज्ञ/ पोषण | | |
| विकासात्मक/व्यवहार थेरेपी | | | अन्य | टेक्स्ट दर्ज करने के लिए यहां क्लिक या टैप करें। | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***बच्चे का चिकित्सा इतिहास*** | | |
| **7. क्या आपके बच्चे को निम्नलिखित में से किसी भी स्थिति का पता चला है?** *कृपया लागू होने वाले सभी चेक करें।* | | |
| *चिकित्सा बीमारी*  हाँ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  नहीं | *दंत्य*  कैविटीज़  मसूढ़ों का संक्रमण | *कान और श्रवण*  बहरापन  कान के संक्रमण को दोहराएं |
| *आंखें और दृष्टि*  भटकती / आलसी आँख  देखने में समस्या  अंधापन (कानूनी अंधेपन सहित)  *जेनेटिक सिंड्रोम* | डाउन सिंड्रोम  कमजोर एक्स सिंड्रोम  अन्य:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | *न्यूरोलॉजिक स्थितियां*  सेरेब्रल पाल्सी  दर्दनाक मस्तिष्क की चोट या खून बहना  स्ट्रोक (कम ऑक्सीजन, रक्त प्रवाह, या मस्तिष्क में थक्का)  मेनिनजाइटिस या अन्य मस्तिष्क संक्रमण  हाइड्रोसिफ़लस (मस्तिष्क में द्रव का निर्माण)  दौरे/मिर्गी |
| अन्य शर्तें जो ऊपर सूचीबद्ध नहीं हैं: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_टेक्स्ट दर्ज करने के लिए यहां क्लिक या टैप करें।\_\_\_\_ | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***बाल विकासात्मक, व्यवहार एवं भावनात्मक इतिहास*** | | |
| **8. क्या आप चिंतित हैं/क्या आपको कभी बताया गया है कि आपके बच्चे को निम्न में से कोई भी परेशानी है?** *लागू होने वाले सभी चेक करें।* | | |
| *विकासात्मक विलंब:*  भाषण/भाषा/संचार में देरी  ठीक मोटर कौशल में देरी (उंगलियों और हाथों का उपयोग)  सकल मोटर कौशल में देरी (स्थानों पर जाने के लिए बड़ी गतिविधियाँ)  समस्या-समाधान, सोच, तर्क में देरी।  सामाजिक-भावनात्मक कौशल में देरी। | *विकासात्मक निदान*  आत्मकेंद्रित / आत्मकेंद्रित स्पेक्ट्रम विकार (ASD)  भूर्ण मद्य सिंड्रोम (FAS)  वैश्विक विकास में देरी  बौद्धिक विकलांगता (ID)  सीखने की विकलांगता  ध्यान अभाव सक्रियता विकार (ADHD) | |
| *मानसिक स्वास्थ्य निदान*  चिंता  खिन्नता | | |
| अन्य शर्तें जो ऊपर सूचीबद्ध नहीं हैं \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **9. क्या आपको चिंता है कि आपके बच्चे को दूसरे बच्चे या वयस्क परेशान कर रहे हैं?** *इसमें मौखिक और शारीरिक आक्रामकता दोनों शामिल हैं।* | | हाँ नहीं |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***पर्यावरण, सुरक्षा एवं संसाधन*** | | | | |
| *इस अगले खंड में सभी स्वास्थ्य यात्राओं पर बाल रोग विशेषज्ञों द्वारा अनुशंसित मानक प्रश्न शामिल हैं। ये सभी सामाजिक और पर्यावरणीय मुद्दे स्वास्थ्य और विकास को प्रभावित कर सकते हैं। ज़रूरत पड़ने पर आपके परिवार को संसाधन उपलब्ध कराए जाएँगे।* ***आप जिन प्रश्नों का उत्तर नहीं देना चाहते हैं, उन्हें बेझिझक छोड़ सकते हैं।*** | | | | |
| **10. कृपया लागू होने वाले सभी चेक करें।** | पिछले 12 महीनों में, मैंने (माता-पिता) या मेरे बच्चे ने जितना मुझे चाहिए था, उससे कम खाया क्योंकि भोजन के लिए पर्याप्त पैसा नहीं था। | | क्या आप वर्तमान में किसी खाद्य सहायता कार्यक्रम का उपयोग करते/करती हैं?  हाँ या  नहीं | |
| मुझे चिंता है कि अगले 3 महीनों में मेरे पास स्थिर आवास नहीं हो सकता है। | | पिछले 12 महीनों में, बिजली, गैस, तेल या पानी कंपनी ने मेरे घर की सेवाएं बंद करने की धमकी दी है। | |
| पिछले 12 महीनों में परिवहन की समस्याओं के कारण मेरे घर में किसी को आवश्यक स्वास्थ्य देखभाल से वंचित होना पड़ा। | | मेरा बच्चा ऐसे घर (जो 1978 से पहले का बना है) में रहता है या नियमित रूप से जाता है (पुराने घर की वजह से उसके ऊपर जोखिम ज़्यादा है)। | |
| मेरा बच्चा किसी ऐसे व्यक्ति के साथ रहता है उदाहरण के लिए धूम्रपान करता है या वाष्प करता है (जैसे सिगरेट, ई-सिगरेट, जूल्स, पॉट, कैनबिस)। | | उपरोक्त में से कोई नहीं | |
| **11. आपके बच्चे के लिए मेडिकल इंश्योरेंस के साथ आपका क्या अनुभव रहा है?** *कृपया लागू होने वाले सभी चेक करें* | | पिछले 12 महीनों में मुझे लगा कि मेरे बच्चे को डॉक्टर के पास जाने की जरूरत है, लेकिन लागत के कारण ऐसा नहीं कर सका। | | मुझे अपने बच्चे के लिए बीमा कवरेज प्राप्त करने में कठिनाई हुई है। |
| मेरा बीमा मेरे बच्चे की ज़रूरतों के लिए पर्याप्त कवरेज प्रदान नहीं करता है। | | उपरोक्त में से कोई नहीं |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***वर्तमान या चल रही व्यवहार संबंधी चिंताएं*** | | | |
| ***क्या आपका बच्चा…*** | ***कभी नहीं*** | ***कभी - कभी*** | ***अक्सर*** |
| **12. असामान्य रूप से लंबे समय तक रोना, चीखना, नखरे करना, या शांत करने में कठिनाई होती है?** |  |  |  |
| **13. क्या आपको स्थिर बैठने में कठिनाई होती है, क्या बेचैनी है, या ध्यान देने में परेशानी हो रही है?** |  |  |  |
| **14. खुद को चोट पहुँचाने की कोशिश करते हैं?** *(उदाहरण के लिए, सिर पीटना, काटना, त्वचा नोचना)* |  |  |  |
| **15. अन्य लोगों या जानवरों को चोट पहुंचाने की कोशिश करें?** *(उदाहरण के लिए लात मारक्र, काटकर, चुटकी बजाकर)* |  |  |  |
| **16. अपनी उम्र के अन्य बच्चों की तुलना में असामान्य रूप से चिंतित या घबराए हुए लगना?** |  |  |  |
| **17. आप या अन्य वयस्कों से दूर भागना?** |  |  |  |
| **18. परिवर्तन, नए लोगों या नई जगहों के साथ कठिन समय?** |  |  |  |
| **19. अन्य बच्चों के साथ खेलने में रुचि नहीं रखता है?** |  |  |  |
| **20. असामान्य संवेदी ज़रूरतें हैं?** *(उदाहरण के लिए तेज़ शोर को बर्दास्त नहीं कर सकता है, या कुछ कपड़ों की बनावट या स्पर्श पसंद नहीं है, या चीजों को लगातार घुमाना या टकराना, आदि)* |  |  |  |
| **21. अक्सर उदास दिखाई देता/देती है या कहता/कहती है कि वह उदास है** |  |  |  |
| **22. डरावनी या दुःखद चीज़ों के बारे में नाटक करना** |  |  |  |
| **23. चीज़ों के लिए खुद को दोष देना** |  |  |  |
| **24. अक्सर थका हुआ/थकी हुई लगती है और उसमें बहुत कम ऊर्जा होती है** |  |  |  |
| ***क्या यह मुश्किल है…*** | ***कभी नहीं*** | ***कभी - कभी*** | ***अक्सर*** |
| **21. समझें कि आपका बच्चा रोते/परेशान होने पर क्या चाहता/ज़रूरत है?** |  |  |  |
| **22. अन्य लोगों की धारणा/आपके बच्चे की उपस्थिति/व्यवहार के प्रति प्रतिक्रिया के बारे में चिंता के कारण अपने बच्चे को सार्वजनिक रूप से बाहर निकालते?** |  |  |  |