**HEALTHY YOUNG ATHLETES پیڈیاٹرک اسکریننگ**

**حصہ 1: پری اسکریننگ فارم**

***اسکریننگ کے عمل سے پہلے والدین یا سرپرست کی طرف سے مکمل کیا جانا چاہیے***

محترم والدین یا سرپرست،

آپ کو یہ پری اسکریننگ دستاویز اس لیے موصول ہوئی ہے تاکہ آپ ہیلدی ینگ ایتھلیٹس پیڈیاٹرک اسکریننگ (Healthy Young Athletes Pediatric Screening) میں اپنی شرکت کے تقاضے کے طور پر اسے مکمل کریں۔ Healthy Young Athletes پیڈیاٹرک اسکریننگ کا مقصد آپ کے بچے کی صحت کی دیکھ بھال اور نشوونما کی ضروریات میں معاونت کرنا ہے۔ یہ اسکریننگ مقامی کمیونٹی کے نگہداشت صحت اور متعلقہ فراہم کنندگان اور خدمات کو معلومات، ٹولز اور براہ راست حوالہ جات فراہم کرے گی۔ اس کا مقصد موجودہ تعاون اور خدمات کو بڑھانا ہے نہ کہ تبدیل کرنا جہاں آپ پہلے سے مصروف ہیں۔

یہ اسکریننگ اور مشاورت [Special Olympics Young Athletes](https://www.specialolympics.org/our-work/inclusive-health/young-athletes) پروگرام کا حصہ ہے۔ چاہے آپ کا بچہ Young Athletes میں مستقل بنیادوں پر حصہ لے رہا ہو یا کسی خصوصی اولمپکس ایونٹ میں یہ آپ کا پہلا موقع ہے، ہم اس پری اسکریننگ معلومات کو مکمل کرنے کے لیے آپ کا شکریہ ادا کرتے ہیں۔

پری اسکریننگ سوالنامہ مکمل ہونے کے بعد، آپ کی معلومات کا اشتراک آپ کے مقامی Special Olympics Program میں ایک نامزد کلینیکل ڈائریکٹر کے ساتھ کیا جائے گا۔ Healthy Young Athletes Pediatric Screening میں، آپ اور آپ کے بچے کو ضرورت کے کسی بھی شعبے یا دیکھ بھال اور نشوونما میں کمی کو دور کرنے کے لیےجامع اسکریننگ اور مشاورت حاصل ہوگی۔ اسکریننگ کے نتیجہ کے طور پر، آپ کے بچے کو مقامی فراہم کنندہ یا ماہر کے ساتھ فالو اپ کیئر کے لیے ریفرل مل سکتا ہے۔ بہت سے خاندان اپنے بچے کی جاری صحت اور نشوونما کے لیے اضافی تعلیمی معلومات بھی وصول کریں گے۔

پری اسکریننگ کے بارے میں آپ کے جوابات سے ہمیں آپ کے بچے اور خاندان کی طاقتوں کو فروغ دینے کے طریقے تلاش کرنے میں مدد ملے گی، نیز اسکریننگ اور مشاورتی تقریب سے قبل ضرورت کے ممکنہ علاقوں کی نشاندہی کرنے میں مدد ملے گی۔ یہ اسکریننگ ٹول آپ کے بچے کے لیے بہترین سہولیات فراہم کرنے میں آپ کے ساتھ سفر کرنے کے لیے تیار کیا گیا تھا۔

پری اسکریننگ میں اور اسکریننگ اور مشاورتی تقریب میں سوالات کے جوابات اختیاری ہیں۔ ایسی معلومات کا اشتراک کریں جن کے اشتراک میں آپ کوئی دقت محسوس نہیں ہوتی ہو اور اگر آپ کو یقین نہیں ہے کہ سوال کا جواب کیسے دیا جائے تو اس جگہ کو خالی چھوڑ دیں۔ Special Olympics عملہ یا رضاکار آپ کو آمنے سامنے اسکریننگ اور مشاورت کے دوران دیکھ کر آپ کے ساتھ کسی بھی الجھے ہوئے سوالات کے ساتھ ساتھ کسی ایسے شعبے کا بھی جائزہ لیں گے جن پر مزید بحث کی ضرورت ہے۔

جب آپ اپنے بچے کی صحت اور فلاح و بہبود کی ضروریات کو پورا کرنے کا آغاز کرتے ہیں تو Special Olympics آپ کا خیرمقدم کرتا ہے۔ ہر بچہ نگہداشت صحت کے قابل، پیشہ ور افراد کی توجہ، مدد اور خدمات کا مستحق ہے۔ ہمارا مقصد آپ کے ساتھ کام کرنا ہے جب آپ سسٹم کو نیویگیٹ اور مسلسل معاونت فراہم کرتے ہیں تاکہ آپ کا بچہ طویل صحت مند فعال زندگی گزار سکے۔

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***شرکت کے لیے رضامندی*** | | |
| اسپیشل اولمپکسHealthy Athletes® پروگرام کے ذریعے مقامی، ریاستی، قومی اور عالمی کھیلوں کے مقامات پر کھلاڑیوں کو نگہداشت صحت کی کچھ غیر جارحانہ خدمات پیش کرتا ہے۔ ان خدمات میں صحت کی حالت اور نگہداشت صحت کی ضروریات کا انفرادی جائزہ، صحت کی تعلیم کی فراہمی، معمول کی روک تھام کی خدمات (مثلاً حفاظتی ماؤتھ گارڈز)، تعلیمی خدمات، اور بصارت اور سماعت کی کمی کی صورت میں، ضروری چشموں کی فراہمی (چشمے، تیراکی کے چشمے، حفاظتی چشمے) اور سماعت کے آلات۔ ایتھلیٹس کو ان کی صحت کی حالت کے بارے میں مطلع کیا جاتا ہے اور انہیں فالو اپ دیکھ بھال کی ضرورت کا مشورہ دیا جاتا ہے۔ اس کے علاوہ، خدمات فراہم کرنے کے وقت جمع کی گئی معلومات پالیسیوں کو تیار کرنے، وسائل کو محفوظ بنانے، اور ایتھلیٹس کی صحت کی ضروریات کو بہتر طریقے سے پورا کرنے کے لیے پروگراموں کو نافذ کرنے کے لیے انمول ہیں۔  **نابالغوں کے لیے اجازت**: میں سمجھتا ہوں کہ ذیل میں دستخط کر کے میں \_\_\_متن داخل کرنے کے لیے یہاں کلک کریں یا تھپتھپائیں۔\_ (ایتھلیٹ کا پورا نام) Special Olympics Healthy Athletes پیڈیاٹرک اسکریننگ کے پروگرام میں شرکت کے لیے رضامندی دیتا ہوں جو بچوں کی عمومی صحت کی انفرادی اسکریننگ کے جائزے فراہم کرتا ہے۔ میں سمجھتا ہوں کہ مذکورہ ایتھلیٹ کے لیے Healthy Athletes Program میں شرکت کی کوئی ذمہ داری نہیں ہے اگر کھلاڑی حصہ نہ لینے کا فیصلہ کرے یا میں فیصلہ کروں کہ ایتھلیٹ حصہ نہیں لے گا۔ ان صحت کی خدمات کی فراہمی کا مقصد باقاعدہ دیکھ بھال کے متبادل کے طور پر نہیں ہے۔ میں یہ بھی سمجھتا ہوں کہ مجھے اپنا ازادانہ طبی مشورہ اور مدد حاصل کرنا چاہیے قطعِ نظر اس سے کہ مذکورہ ایتھلیٹ کے لیے ان خدمات کی فراہمی ہے یا نہیں اور یہ کہ اسپیشل اولمپکس ان سہولیات کی فراہمی کے ذریعے اوپر نامزد کردہ کھلاڑی کی صحت کے لیے ذمہ دار نہیں ہے۔ میں سمجھتا ہوں کہ اسکریننگ کے عمل کے حصے کے طور پر جمع کی گئی معلومات کو ایتھلیٹس کی صحت کی مجموعی ضروریات کا جائزہ لینے اور ان سے بات چیت کرنے اور ان ضروریات کو پورا کرنے کے لیے پروگرام تیار کرنے کے لیے گروپ کی شکل میں استعمال کیا جا سکتا ہے۔ | | |
| متن داخل کرنے کے لیے یہاں کلک کریں یا تھپتھپائیں۔ | متن داخل کرنے کے لیے یہاں کلک کریں یا تھپتھپائیں۔ | متن داخل کرنے کے لیے یہاں کلک کریں یا تھپتھپائیں۔ |
| والدین یا سرپرست کے دستخط | اسپیشل اولمپکس پروگرام | تاریخ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***آپ کے بچے کے پس منظر کے بارے میں معلومات*** | | | | | | | | | | |
| بچے کا نام | متن داخل کرنے کے لیے یہاں کلک کریں یا تھپتھپائیں۔ | | | | بچے کی تاریخِ پیدائش/پیدائش کے وقت تفویض کردہ جنس | | | متن داخل کرنے کے لیے یہاں کلک کریں یا تھپتھپائیں۔ | | |
| والدین کا نام/بچے سے رشتہ | متن داخل کرنے کے لیے یہاں کلک کریں یا تھپتھپائیں۔ | | | | SO پروگرام کا مقام  *(ریاست یا ملک)* | | | متن داخل کرنے کے لیے یہاں کلک کریں یا تھپتھپائیں۔ | | |
| والدین کا ای میل | متن داخل کرنے کے لیے یہاں کلک کریں یا تھپتھپائیں۔ | | | | والدین کا فون نمبر | | | متن داخل کرنے کے لیے یہاں کلک کریں یا تھپتھپائیں۔ | | |
| گھر پر بولی جانے والی زبان | متن داخل کرنے کے لیے یہاں کلک کریں یا تھپتھپائیں۔ | | | | بذات خود شمولیت والے ایونٹس کے لیے وہیل چیئر سے قابل رسائی مقام کی ضرورت ہے | | | | | ہاں نہیں |
| **1. آپ کے بچے کی سب سے اہم خوبیاں کیا ہیں؟** *ان سب کو نشان زد کریں جو لاگو ہوں۔* | | | خود مختار | | | چنچل | | | خوش | |
| سماجی | | | مریض | | | پرسکون | |
| *نیچے دی گئی جگہ میں مزید تفصیلات فراہم کریں* :  متن داخل کرنے کے لیے یہاں کلک کریں یا تھپتھپائیں۔ | | | | | | | |
| **2. براہ کرم اپنے بچے کے بارے میں کچھ دلچسپ حقائق کا اندراج کریں۔**  *(جیسے کہ انہیں کونسی سرگرمیوں/جگہوں/جانوروں سے خوشی ملتی ہے، انہیں کونسی چیزوں سے سکون ملتا ہے، ان کا پسندیدہ کھلونا، پسندیدہ کردار وغیرہ کیا ہے۔)* | | | | متن داخل کرنے کے لیے یہاں کلک کریں یا تھپتھپائیں۔ | | | | | | |
| **3. اپنے بچے کی صحت اور نشوونما کے کن پہلوؤں کے بارے میں آپ سب سے زیادہ فکر  مند ہیں؟**  *ان سب کو نشان زد کریں جو لاگو ہوں۔* | | غصہ، جذباتی کنٹرول، طرز عمل کے مسائل | | | | مشتبہ طبی بیماری | | | زبان یا مواصلات | |
| روزمرہ کے کام کاج کی مہارتیں (بیت الخلاء سے متعلق تربیت، خود کو تیار کرنا) | | | | غذائیت، کھانا یا وزن | | | سماجی مہارتیں | |
| سماعت | | | | دانتوں کی صحت | | | بصارت | |
| نیند کے اوقات یا عادات | | | | دیگر | متن داخل کرنے کے لیے یہاں کلک کریں یا تھپتھپائیں۔ | | | |
| **4. میرے بچے کا فی الحال درج ذیل طبی، نشوونمائی، رویہ جاتی اور/یا جذباتی خدشات کے لیے جائزہ لیا جا رہا ہے۔** | | | متن داخل کرنے کے لیے یہاں کلک کریں یا تھپتھپائیں۔ | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***بچے کی نگہداشتِ صحت کی سرگزشت*** | | | | | | | | |
| **5. آپ کے بچے کو *آخری مرتبہ* درج ذیل کب ہوا تھا؟** *ان سب کو نشان زد کریں جو لاگو ہوں* | | | | | | | | |
|  | | *1 ماہ کے اندر* | *1 سال کے اندر* | | *اتنا طویل عرصہ ہوگیا کہ یاد نہیں* | | | *کبھی نہیں* |
| اچھی طرح سے بچ کا چیک اپ/ باقاعدہ جسمانی | |  |  | |  | | |  |
| سماعت کی جانچ، قسم:متن داخل کرنے کے لیے یہاں کلک کریں یا تھپتھپائیں۔  معمولی یا  غیر معمولی | |  |  | |  | | |  |
| بصارت کا معائنہ  معمولی یا  غیر معمولی | |  |  | |  | | |  |
| دانتوں کا معائنہ  معمولی یا  غیر معمولی | |  |  | |  | | |  |
| میرے بچے کی ویکسین CDC/WHO کی تجویز کردہ بچپن کی ویکسینز کے مطابق تازہ ترین ہے۔  *براہِ مہربانی اپنے ویکسین کے ریکارڈ بچوں کی اسکریننگ کے موقع پر لے کر آئیں* | | | | | | | ہاں | نہیں |
| **6. آپ کے بچے کو فی الحال کس قسم کے علاج یا اضافی معاونت حاصل ہے؟**  *ان سب کو نشان زد کریں جو لاگو ہوں۔* | انفرادی تعلیمی منصوبہ (IEP)/ 504 درسی تعلیمی منصوبہ | | | | ابتدائی مداخلت/ ابتدائی آغاز کی خدمات | | | |
| جسمانی تھراپی | | | پیشہ ورانہ تھراپی | | غذائی فراہمی کی تھراپی | | |
| خصوصی سکول/ علاج و معالجہ والا سکول | | | اسپیچ/ لینگویج تھراپی | | ماہر غذائیت/ ماہرِ غذا | | |
| نشوونما/طرز عمل کی تھراپی | | | دیگر | متن داخل کرنے کے لیے یہاں کلک کریں یا تھپتھپائیں۔ | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***بچے کی طبی سرگزشت*** | | |
| **7. کیا آپ کے بچے میں کبھی مندرجہ ذیل میں سے کوئی بھی حالت کی تشخیص ہوئی ہے؟** *ان سب کو نشان زد کریں جو لاگو ہوں۔* | | |
| *طبی بیماری*  ہاں \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  نہیں | *ڈینٹل*  کیویٹیز  مسوڑھوں کا انفیکشن | *کان اور سماعت*  سماعت کا نقصان  مسلسل ہونے والے کان کے انفیکشنز |
| *آنکھیں اور بصارت*  مبہم/سست آنکھ  دیکھنے میں دشواری  نابینا پن (بشمول مکمل نابینا پن)  *جینیاتی سنڈرومز* | ڈاؤن سنڈروم  فریجائل ایکس سنڈروم  دیگر:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | *اعصابی حالات*  دماغی فالج  تکلیف دہ دماغی چوٹ یا خون بہنا  سڑوک (کم آکسیجن، خون کا بہاؤ، یا دماغ میں کلاٹ)  گردن توڑ بخار یا دیگر دماغی انفیکشن  ہائیڈروسیفالس (دماغ میں سیال مادہ کا جمع ہونا)  دورے / مرگی |
| کوئی دوسری حالت جو اوپر درج نہیں ہے: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_متن داخل کرنے کے لیے یہاں کلک کریں یا تھپتھپائیں۔\_\_\_\_ | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***بچے کی نشوونما، طرز عمل اور جذباتی سرگزشت*** | | |
| **8. کیا آپ فکر مند ہیں/کیا آپ کو کبھی بتایا گیا ہے کہ آپ کے بچے کو درج ذیل میں سے کچھ ہے؟** *ان سب کو نشان زد کریں جو لاگو ہوتے ہوں۔* | | |
| *نشوونما میں تاخیر*  بولنے/ زبان/ مواصلت میں تاخیر  ہاتھوں اور کلائیوں میں چھوٹے پٹھوں کا استعمال کرتے ہوئے حرکت کرنے کی صلاحیت میں تاخیر (انگلیوں اور ہاتھوں کا استعمال)  بازوؤں، ٹانگوں اور دھڑ کے بڑے پٹھوں کی حرکت کرنے کی صلاحیت تاخیر (مقامات تک پہنچنے کے لیے بڑی حرکت)  مسئلہ حل کرنے، سوچنے، استدلال میں تاخیر۔  معاشرتی جذباتی مہارتوں میں تاخیر۔ | *نشوونمائی تشخیص*  آٹزم/ آٹزم اسپیکٹرم ڈس آرڈرز (ASD)  فیٹل الکحل سنڈروم (FAS)  مکمل نشوونما میں تاخیر  فہم و فراست کی معذوری (ID)  سیکھنے کی معذوری  توجہ کی کمی ہائپر ایکٹیویٹی ڈس آرڈر (ADHD) | |
| *ذہنی صحت کی تشخیص*  بے چینی  افسردگی | | |
| کوئی دوسری حالت جو اوپر درج نہیں ہے \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
| **9. کیا آپ کو اس بات کی فکر ہے کہ آپ کے بچے کو دیگر بچے یا بڑے افراد ہراساں کر رہے ہیں؟** *اس میں زبانی اور جسمانی جارحیت دونوں شامل ہیں۔* | | ہاں نہیں |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***ماحولیات، حفاظت اور وسائل*** | | | | |
| *اس اگلے حصے میں صحت کے تمام دوروں پر ماہرین اطفال کے تجویز کردہ معیاری سوالات شامل ہیں۔ یہ تمام سماجی اور ماحولیاتی مسائل صحت اور نشوونما کو متاثر کر سکتے ہیں۔ اگر کوئی ضرورت محسوس ہوئی تو آپ کے خاندان کو وسائل کی پیشکش کی جائے گی۔* ***کسی بھی ایسے سوال کو چھوڑنے میں تردد نہ کریں جن کا آپ جواب دینا نہیں چاہتے ہیں۔*** | | | | |
| **10. ان سب کو نشان زد کریں جو لاگو ہوں۔** | پچھلے 12 مہینوں کے دوران، میں (والدین) یا میرے بچے نے اس سے کم کھایا جتنا میرے خیال میں مجھے/ہمیں کھانا چاہیے تھا کیونکہ کھانے کے لیے کافی رقم نہیں تھی۔ | | کیا آپ فی الحال خوراک کا معاونتی پروگرام استعمال کرتے ہیں/آپ کو اس تک رسائی حاصل ہے؟  ہاں یا  نہیں | |
| مجھے خدشہ ہے کہ اگلے 3 مہینوں میں، میرے پاس مستحکم رہائش نہیں ہو گی۔ | | پچھلے 12 مہینوں کے دوران، بجلی، گیس، تیل، یا پانی کی کمپنی نے میرے گھر کی خدمات بند کرنے کی دھمکی دی ہے۔ | |
| پچھلے 12 مہینوں کے دوران، نقل و حمل کی دشواریوں کی وجہ سے میرے گھر کا کوئی فرد ضروری نگہداشت صحت سے محروم ہو گیا۔ | | میرا بچہ ایسے گھر میں رہتا ہے، یا باقاعدگی سے  وہاں جاتا ہے، جس سے اسے سیسہ سے متاثر ہونے کا خطرہ ہوتا ہے)۔ | |
| میرا بچہ کسی ایسے شخص کے ساتھ رہتا ہے جو تمباکو نوشی یا ویپ استعمال کرتا ہے (جیسے کہ سگریٹ، ای سگریٹ، جولس، پوٹ، بھنگ)۔ | | مندرجہ بالا میں سے کوئی بھی نہیں | |
| **11. آپ کا بچے کی میڈیکل انشورنس کے بارے میں کیا تجربہ رہا ہے؟** *ان سب کو نشان زد کریں جو لاگو ہوں* | | پچھلے 12 مہینوں کے دوران، میں نے محسوس کیا کہ میرے بچے کو ڈاکٹر سے ملنے کی ضرورت ہے لیکن میں خرچے کی وجہ سے ایسا نہیں کر سکا۔ | | مجھے اپنے بچے کے لیے انشورنس کی کوریج حاصل کرنے میں دشواری کا سامنا کرنا پڑا ہے۔ |
| میری انشورنس میرے بچے کی ضروریات کے لیے مناسب کوریج فراہم نہیں کرتا ہے۔ | | مندرجہ بالا میں سے کوئی بھی نہیں |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***موجودہ یا جاری طرز عمل سے متعلق خدشات*** | | | |
| ***کیا آپ کے بچہ کو…*** | ***کبھی نہیں*** | ***کبھی کبھی*** | ***اکثر*** |
| **12. غیر معمولی طور پر طویل عرصے سے رونے، چیخنے، غصہ کرنے، یا پرسکون ہونے میں دشواری ہے؟** |  |  |  |
| **13. خاموش بیٹھنے میں دشواری ہے، بے چین ہے، یا توجہ دینے میں دشواری ہے؟** |  |  |  |
| **14. خود کو نقصان پہنچانے کی کوشش کرتا ہے؟** *(مثال کے طور پر، سر پیٹ کر، دانت سے کاٹ کر، جلد نوچ کر)* |  |  |  |
| **15. دیگر لوگوں یا جانوروں کو تکلیف پہنچانے کی کوشش کرتا ہے؟** *(مثال کے طور پر ٹانگیں مارنا، کاٹنا، نوچنا)* |  |  |  |
| **16. اپنی عمر کے دوسرے بچوں کے مقابلے میں غیر معمولی طور پر پریشان یا گھبراہٹ کا شکار نظر آتا ہے؟** |  |  |  |
| **17. کیا وہ آپ سے یا انچارج دیگر بالغوں سے دور رہتا ہے؟** |  |  |  |
| **18. تبدیلی، نئے لوگوں، یا نئی جگہوں کے ساتھ اس کا وقت گزارنا مشکل ہوتا ہے؟** |  |  |  |
| **19. دوسرے بچوں کے ساتھ کھیلنے میں دلچسپی نہیں رکھتا ہے؟** |  |  |  |
| **20. غیر معمولی حسی ضروریات ہیں؟** *حسی تقاضوں کی غیر معمولی ضرورتیں ہیں (مثلاً اونچی آواز سے پریشان ہو جانا، یا لباس کی مخصوص ساخت یا احساس کو پسند نہ کرنا، یا مسلسل گھومنا یا چیزوں سے ٹکرانا، وغیرہ)* |  |  |  |
| **21. اکثر اُداس دکھائی دیتا ہے یا کہتا ہے کہ وہ اُداس ہے** |  |  |  |
| **22. خوفناک یا اُداس چیزوں کے بارے میں علامتی کردار ادا کرتا ہے** |  |  |  |
| **23. چیزوں کے لیے خود کو قصوروار ٹھہراتا ہے** |  |  |  |
| **24. اکثر تھکا ہوا لگتا ہے اور بہت کم توانائی ہوتی ہے** |  |  |  |
| ***کیا یہ مشکل ہے…*** | ***کبھی نہیں*** | ***کبھی کبھی*** | ***اکثر*** |
| **21. جاننا کہ جب آپ کا بچہ رو رہا ہو/پریشان ہو تب وہ کیا چاہتا ہے/کس چیز کی اسے ضرورت  ہوتی ہے؟** |  |  |  |
| **22. آپ کے بچے کے ظاہری طرز عمل پر دوسرے لوگوں کے تاثرات/ردعمل کے بارے میں تشویش کی وجہ سے اپنے بچے کو لوگوں کے سامنے لے جائیں گے؟** |  |  |  |