**MD5M Lions KidSight**

**知情同意书**

筛查日期：**<<< ---** **Click here to insert dates --- >>>**。

孩子目前是否正在接受眼科医生的护理和治疗？ ☐ 否 ☐ 是

孩子是否配戴眼镜或隐形眼镜？ ☐ 否 ☐ 是

儿童免费视力筛查服务将由 **<<< ---** **Click here to enter Club Name --- >>>** 提供。筛查项目由 MD5M Lions KidSight Foundation, Inc 赞助。视力筛查将生成儿童眼部图像，用于确定是否存在眼科疾病，包括远视、近视、散光、屈光参差（屈光力不等）、斜视（眼位不正）以及可能导致弱视（懒眼症）的间质混浊（例如白内障）。在视力筛查过程中，不会与孩子进行身体接触，也不会使用眼药水。该筛查发现可能导致视力下降的问题的有效率约为 85% 至 90%。

参加筛查完全出于自愿。6 个月以下的婴儿不在本次筛查范围之内。**未签署并填写知情同意书的孩子将不予筛查。**如果同一家庭有多名（超过一名）孩子接受筛查，请在本同意书背面列出他们的姓名。参加 MD5M Lions KidSight 视力筛查无可预见风险。

请填写以下信息（纸质版或电子版均可）：

孩子姓名： 姓 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

出生日期\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_（年/月/日）年龄 \_\_\_\_\_

父母/监护人姓名：\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

电话：( \_\_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 电子邮件地址： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

本人，即下方签署者，特此允许本表所列孩子参加此次筛查项目。本人已知晓以下与本项目有关的内容：

1. 本次筛查所获信息仅为初步信息，不能成为视力问题的诊断依据。
2. 此次筛查活动不收取任何费用。
3. Lions KidSight 将与本人联系并告知本人筛查结果。
4. 如果本人的孩子因视力筛查而需转诊，本人负责与本人选择的医生联系并安排全眼检查。Lions KidSight 建议孩子接受扩瞳检查。
5. 您孩子的眼睛检查结果将与其他孩子的检查一同进行匿名汇总，以便监测此次筛查过程的有效性。
6. MD5M Lions KidSight 将会为所有记录和结果保密。
7. 本人不会要求国际狮子会 (Lions Club) 及其志愿者或国际狮子会组织对任何评估失误或疏漏承担责任。

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
父母或监护人签名 日期

**仅供国际狮子会使用**

|  |  |
| --- | --- |
| **Not Referred Letter Required****Not Referred \_\_\_\_ Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer Letter & Screening Report Required** |
| **Not Referred \_\_\_\_** | **Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer \_\_\_\_**  | **Measurement Incomplete \_\_\_\_** |
|  | Check the box on the |  | **Or Inconclusive** |
|  | Not Referred Letter |  | Check the box on the Refer Letter |

孩子目前是否正在接受眼科医生的护理和治疗？ ☐ 否 ☐ 是

孩子是否配戴眼镜或隐形眼镜？ ☐ 否 ☐ 是

孩子姓名： 姓 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

出生日期\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ （年/月/日）年龄 \_\_\_\_\_

**仅供国际狮子会使用**

|  |  |
| --- | --- |
| **Not Referred Letter Required****Not Referred \_\_\_\_ Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer Letter & Screening Report Required** |
| **Not Referred \_\_\_\_** | **Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer \_\_\_\_**  | **Measurement Incomplete \_\_\_\_** |
|  | Check the box on the |  | **Or Inconclusive** |
|  | Not Referred Letter |  | Check the box on the Refer Letter |

孩子目前是否正在接受眼科医生的护理和治疗？ ☐ 否 ☐ 是

孩子是否配戴眼镜或隐形眼镜？ ☐ 否 ☐ 是

孩子姓名： 姓 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

出生日期\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ （年/月/日）年龄 \_\_\_\_\_

**仅供国际狮子会使用**

|  |  |
| --- | --- |
| **Not Referred Letter Required****Not Referred \_\_\_\_ Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer Letter & Screening Report Required** |
| **Not Referred \_\_\_\_** | **Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer \_\_\_\_**  | **Measurement Incomplete \_\_\_\_** |
|  | Check the box on the |  | **Or Inconclusive** |
|  | Not Referred Letter |  | Check the box on the Refer Letter |

孩子目前是否正在接受眼科医生的护理和治疗？ ☐ 否 ☐ 是

孩子是否配戴眼镜或隐形眼镜？ ☐ 否 ☐ 是

孩子姓名： 姓 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

出生日期\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ （年/月/日）年龄 \_\_\_\_\_

**仅供国际狮子会使用**

|  |  |
| --- | --- |
| **Not Referred Letter Required****Not Referred \_\_\_\_ Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer Letter & Screening Report Required** |
| **Not Referred \_\_\_\_** | **Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer \_\_\_\_**  | **Measurement Incomplete \_\_\_\_** |
|  | Check the box on the |  | **Or Inconclusive** |
|  | Not Referred Letter |  | Check the box on the Refer Letter |

孩子目前是否正在接受眼科医生的护理和治疗？ ☐ 否 ☐ 是

孩子是否配戴眼镜或隐形眼镜？ ☐ 否 ☐ 是

孩子姓名： 姓 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 名 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

出生日期\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ （年/月/日）年龄 \_\_\_\_\_

**仅供国际狮子会使用**

|  |  |
| --- | --- |
| **Not Referred Letter Required****Not Referred \_\_\_\_ Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer Letter & Screening Report Required** |
| **Not Referred \_\_\_\_** | **Could Not Screen \_\_\_\_** | **Refer \_\_\_\_**  | **Measurement Incomplete \_\_\_\_** |
|  | Check the box on the |  | **Or Inconclusive** |
|  | Not Referred Letter |  | Check the box on the Refer Letter |