

هل يحتاج طفلك إلى إجراء اختبار الرصاص؟

اسم الطفل:

تاريخ ميلاد الطفل:

تاريخ اليوم:

:MRN # – (FOR OFFICE ONLY)

1. هل يعيش طفلك أو يزور بانتظام مبنى تم بناؤه قبل عام 1978 مع احتمال تعرضه للرصاص، نتيجة تقشير أو إزالته للطلاء أو نتيجة أعمال التجديد أو التغيير الجارية أو الحديثة، أو نتيجة وجود مستويات عالية من الرصاص في مياه الشرب؟
نعم لا غير متأكد
2. هل أمضى طفلك أي وقت خارج الولايات المتحدة في العام الماضي؟
نعم لا غير متأكد
3. هل يعيش طفلك أو يلعب مع طفل لديه مستوى عالٍ من الرصاص في الدم؟
نعم لا غير متأكد
4. هل يعاني طفلك من الإصابة بإعاقات في النمو، أو يضع مواد غير غذائية في فمه، أو يقشر أو يزيل الطلاء من على الأسطح؟
نعم لا غير متأكد
5. هل يلامس طفلك باستمرار شخصًا بالغًا والذي قد يحضر إلى المنزل جزيئات من الرصاص من وظيفة أو هواية مثل: طلاء المنزل أو أعمال السباكة أو التجديد أو البناء أو إصلاح السيارات أو اللحام أو إصلاح الأجهزة الإلكترونية أو إعادة تدوير البطاريات أو صهر الرصاص أو المجوهرات أو الزجاج الملون أو صناعة الخزف أو صيد الأسماك (الأوزان أو "الثقالات") أو الأسلحة النارية أو جمع التماثيل من الرصاص أو القصدير؟
نعم لا غير متأكد
6. هل تستخدم عائلتك الأدوية التقليدية أو العلاجات الصحية أو مستحضرات التجميل أو المساحيق أو التوابل أو الطعام من البلدان الأخرى؟
نعم لا غير متأكد
7. هل تطبخ عائلتك الطعام أو تخزنه أو تقدمه في أوانٍ من الكريستال أو القصدير أو الخزف من بلدان أخرى؟
نعم لا غير متأكد
8. هل فوت طفلك إجراء اختبار الرصاص؟ تتطلب ولاية نيويورك New York State أن يتم إجراء اختبار الرصاص لجميع الأطفال في عمر عام واحد ومرة أخرى في عمر عامين.
نعم لا غير متأكد

إذا أجبت "نعم" أو "غير متأكد" عن أي من هذه الأسئلة، فقد يحتاج طفلك إلى إجراء اختبار الرصاص في الدم.

يمثل الرصاص خطرًا وخاصة بالنسبة إلى الأطفال دون سن السادسة. من المهم بالنسبة إليك ولمقدم الرعاية الصحية معرفة مستوى الرصاص في دم طفلك.

www.health.ny.gov/LeadTestKids

