



歡迎您加入

獅子會

和國際獅子會共同舉辦的“兒童視覺計劃”
拯救世界各地數百萬人的視覺

1925年，海倫·凱勒（HELEN KELLER）挑戰獅子會會員成為“盲人黑暗改革騎士”/“視盲之護衛者”。我們接受了。如今，視覺服務依然是獅子會重要的公益活動之一。

在過去的102年中，獅子會員致力於預防視盲的項目，幫助人們恢復視力，改善億萬人口的眼睛健康和眼保健。獅子會志願者都踊躍參加視覺服務項目。

我們的MD4-C4區正在使用“Spot”&“Plus Optix”可攜式視覺攝像設備來篩查視力障礙。

這兩個視覺設備使用結合自動折射和視頻的紅外線攝像機來檢影。這兩相機從約3英尺遠就可以拍攝數碼照片。在短短五秒鐘內所獲取的信息用於自動評估個人的視野。

測量原理基於光視網膜檢影法。紅外光通過瞳孔進入視網膜。根據折射誤差，反射光形成特定的瞳孔內的亮度模式。

我們篩檢項目包含哪些呢？

“Spot” & “Plus Optix”視覺攝像設備可以篩查和分析以下屈光不正以及凝視：

- **散光**：不規則形狀的角膜或晶狀體
- **近視**：近視
- **遠視**：遠視
- **屈光參差**：兩隻眼睛之間的差異
- **斜視**：眼睛錯位
- **弱視**：懶惰的眼睛
- **各向異性**：瞳孔大小異常

This Chinese version of Eye Screening Documentations was translated

by members of the Silicon Valley Cyber Lions Club in 10.2019

視覺篩檢中文版文檔是由矽谷網路獅子會會員翻譯的



MD4-C4 區視覺篩檢政策

獅子會視力篩檢計劃是地區性的活動，同時也是全球範圍的活動。該計劃的目標是確定可能損害視力以及致盲的風險因素。這些因素如果不及時治療，將可能會導致失明。我們國際獅子會的核心信念是：如果社區中存在視覺健康問題，我們將加緊應對解決這些問題。我們的服務項目不分國家，種族和文化界限。獅子確實是“盲人黑暗改革騎士”或“視盲之護衛者”。

(參與的獅子會必須同意並承諾以下條件和程式。請填寫以下表格並發送回這區視覺篩查主席。)

我們的 _____ 獅子會同意以下條件和程式：

1. 確保所有參加獅子會的會員都接受過用於進行視力檢查的設備的培訓。
2. 這程序是我們獅子區給予所有學生，包括特殊教育學生，從學齡前到 12 年級。但需要學校護士或學校代表的邀請。
3. 提供所有必要的設備和訓練有素的人員進行視覺篩檢。
4. 在指定地點進行視覺篩檢。獅朋必須提供自己的交通工具。
5. 請遵循訪客的登錄/註銷政策和程序。獅朋必須接受學校或設施識別徽章或貼紙。
6. 按照雙方制定的時間和日期進行視覺篩檢。
7. 請在完成時提交所有結果給地點指定代表。通過或更深檢查表格將由您的代表分發。
8. 與護士和/或代表保持有效的溝通。
9. 通知學校護士/代表在每個地點必要的設施。(包含檢測室/暗室，任何額外的工作人員)。
10. 在刪除設備記錄之前，請確保護士或代表擁有所有記錄和轉診資訊。
11. 當家庭沒有私人保險或醫療補助時，如果可能的為家庭提供所需的篩檢和治療的幫助。
12. 每年提供評論和/或修訂這些政策。

_____/_____
簽名(負責獅友或會長) 日期 正楷姓名 職稱

聯繫電話號碼：_____ 其他聯繫資訊：_____



學校和(或)設施代表責任

1. 告知篩檢員该名孩子的父母希望孩子接受篩檢。
2. 向篩查員提供每個家長簽署的篩檢許可單。該許可單可以由父母或監護人署簽，或由校長或設施代表署簽全面全校或設施許可書。
3. 沒有簽名許可單的孩子將不會被篩檢。
4. 將本次獅子訪問的目的告知每個校長和辦公室工作人員。
5. 為進行篩檢時必須提供適當的空間。
6. 提供一名工作人員陪同孩子進行篩檢。
7. 如果孩子的視力篩查有異象，必須告知孩子的父母，並推薦全面的眼科篩檢。
8. 確保在獅子會員還沒有離開之前，向父母提供完整的篩檢結果。
9. 保持與獅子會指定代表的良好溝通。
10. 如果您想加入獅子會的服務，請發電郵到：joininglions@gmail.com

或發電郵到這服務獅子會地址：_____

_____/_____
簽名 日期 正楷姓名 職稱

聯繫電話號碼：_____ 其他聯繫資訊：_____

_____/_____
簽名 日期 正楷姓名 職稱

聯繫電話號碼：_____ 其他聯繫資訊：_____



HIPAA - Health Insurance Portability and Accountability Act

健康保險的便攜性和問責法

HIPAA 是一項聯邦法律，它規定所有美國患者享有基本隱私保護權。

HIPAA 要求你保持患者個人任何格式的(例如:寫文, 口頭或電子檔)醫療健康信息的隱私和安全保護。醫療健康信息是享有法律特權。在法律保障下皆具保密性，不可洩露。

所以，特此通知您，法律嚴格禁止將這些視覺篩查文件

披露、複製、分發或採取任何行動。



同意書

允許我們兒童進行視覺篩檢

於_____ (填入篩查日期)，您的孩子將獲得免費視覺篩檢。該即時檢查能夠判斷您的孩子是否有視覺問題。此篩檢將不會與孩子有任何身體接觸，並且不會使用滴眼劑。

本人（簽名人）在此允許我的孩子參加篩檢活動。我了解並同意以下內容：

1. 本次視力篩檢活動將不收取任何費用。
2. 在我離開之前我會得到視覺篩檢結果。
3. 從視力篩檢中獲得的信息應視為初步程序，並不是视觉诊断。它應該是全面眼保健計劃的一部分，其中包括由眼科專家進行的定期定期眼科檢查。
4. 我了解如果我的孩子因視力篩檢結果而被轉診，我有責任安排孩子與眼睛和視覺保健專家進行全面的眼科檢查。
5. 我了解進行統籌篩檢活動的組織不會對於任何委托替代性錯誤、遺漏性錯誤或誤診負擔任何責任。

_____/_____
父母或監護人簽名 日期 正楷姓名

聯繫電話號碼： _____ 其他聯繫資訊： _____

兒童的名字： _____ 年齡： _____ 男性： _____ 或 女性： _____

請填寫此表格，並請盡快返回學校或設施代表



視覺篩檢結果

親愛的父母, 家長或監護人, 恭喜你!

您的小孩子 _____

(如需要, 填入孩子姓名) 今天在受過訓練的獅子會志工協助下進行了視力篩檢。沒有發現嚴重的視力問題。但重要的是, 本次篩檢並不能取代專業的眼科檢查。獅子會和其他組織, 例如北加州預防失明組織, 建議你們, 應將視力和專業眼睛檢查視為兒童定期健康檢查的一部分。如果您對此篩檢有任何問題或希望給您的孩子更多幫助, 請先聯繫您的學校代表, 但是, 如果我們獅子會已是同意進一步參與, 您也可以用以下電郵地址聯繫我們:

獅子會: _____

電郵地址: _____

獅子志願者姓名 (如果提供): _____

誠摯的,

MD4-C4 區的獅友感謝這機會為您和您的家人服務。

通過 / PASS



視覺篩檢結果

親愛的父母, 家長或監護人,

您的小孩子 _____

(如需要, 填入孩子姓名) 今天在受過訓練的獅子會志工協助下進行了視力篩檢, 儘管此篩查不是診斷性的, 也不是由專業認證的健康人員所進行,

本篩查結果建議您的孩子應接受眼保健專業人員的進一步檢查, 例如驗光師

(O. D.) 或眼科醫生 (醫學博士)。獅子會和其他組織, 例如 *北加州預防失明組織*, 建議你們, 應將視力和專業眼睛檢查視為兒童定期健康檢查的一部分。

如果您對此篩檢有任何問題或希望給您的孩子更多幫助, 請先聯繫您的學校代表, 但是, 如果我們獅子會已是同意進一步參與, 您也可以用以下電郵地址

聯繫我們:

獅子會: _____

電郵地址: _____

獅友/志願者姓名 (如果提供): _____

誠摯的, MD4-C4 區的獅友

感謝這機會為您和您的家人服務。

轉診/Refer



MD4-C4 區視覺篩檢報告

篩檢日期： _____

篩檢地點： _____

1. 篩檢人數： _____

2. 轉診人數： _____ % Referred: _____

3. 獅友人數： _____ 志願者人數： _____

4. 總工作時數： _____

報告提交人： _____

電郵地址： _____

發郵件給：（沒必要，如果報告提交人和項目主管是同一個獅友）

您會的視覺篩檢項目主管名字： _____

項目主管電郵地址： _____

