

Sebelum pemeriksaan kesehatan 4 tahun anak Anda

Cetak salinan terjemahan formulir Evaluasi Orang Tua untuk Status Perkembangan (SEDS) dari situs internet www.mhcs.health.nsw.gov.au dan isilah sebelum kunjungan Anda, atau mintalah perawat kesehatan anak Anda membantu Anda.

Sebelum penyaringan usia 4 tahun di sekolah

Penilaian kesehatan

Sebelum anak Anda mulai sekolah, dianjurkan agar Anda membawanya ke perawat kesehatan anak dan keluarga atau dokter setempat untuk pemeriksaan kesehatan. Jika anda tidak dapat hadir, Anda mungkin ingin meminta teman atau saudara untuk membawa anak Anda. Penilaian kesehatan akan termasuk:

- Pendengaran
- Penglihatan
- Pemeriksaan fisik (tinggi, berat, gaya berjalan)
- Pertanyaan tentang perkembangan anak Anda
- Informasi imunisasi

Anda diberikan dorongan untuk berbicara dengan perawat, dokter atau guru tentang segala persoalan kesehatan yang mungkin mempengaruhi kemampuan anak Anda untuk belajar.

Pemeriksaan testis 4 tahun

Testis anak laki-laki harus dapat dilihat atau terasa dalam skrotum. (Testis juga dikenal sebagai 'testikel' atau lebih umumnya 'buah pelir'.) testis biasanya berada pada lebih tinggi atau lebih rendah dalam skrotum pada waktu yang berlainan (mis. lebih tinggi sewaktu cuaca dingin). Namun, harus ditemui di bagian bawah skrotum sekurang-kurangnya sebagian waktu. Mungkin sekali paling mudah untuk memeriksa testis sewaktu anak laki-laki Anda hangat dan santai, mis. di bak mandi.

Jika Anda tidak dapat melihat kedua belah testis dengan jelas, Anda akan perlu merasai secara halus dalam skrotum untuk menentukan apakah kedua testis ada. Beri tahu anak laki-laki Anda bahwa penting untuk mengetahui apakah testisnya di tempat yang benar, tetapi yakinkan bahwa ia tidak harus khawatir. Pastikan agar tangan Anda hangat, karena testikel normal adakalanya dapat bergerak ke atas, keluar dari skrotum sewaktu disentuh dengan tangan yang dingin. Jika Anda tidak dapat melihat atau merasai sebelah atau kedua belah testis anak laki-laki Anda, silakan diperiksa oleh dokter. Dokter atau perawat akan bersedia membicarakan hal ini dengan Anda sewaktu pemeriksaan kesehatan anak laki-laki Anda.

PERTANYAAN ORANG TUA TENTANG PENGLIHATAN DAN PENDENGARAN

	Ya	Tidak	Tidak pasti
Apakah Anda prihatin tentang penglihatan anak Anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda mempunyai mata yang tidak lurus atau mata malas (squint atau strabismus)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda sedang dirawat untuk penglihatannya?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah Anda prihatin tentang pendengaran anak Anda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pada tahun terakhir, apakah anak Anda mempunyai telinga yang mengeluarkan lelehan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pada tahun terakhir, apakah anak Anda menderita lebih dari empat infeksi telinga?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sewaktu pilek, apakah anak Anda menghadapi kesulitan mendengar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda sering meminta Anda mengulangi sesuatu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda menghadapi kesulitan mengikuti petunjuk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda berbicara dengan jelas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda menggunakan gabungan kata-kata sewaktu berbicara?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda mengikuti petunjuk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apakah anak Anda memainkan peran aktif dalam percakapan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>