

هل طفلك معرض لخطر التسمم بالرصاص؟

حدد "نعم" أو "لا" لكل سؤال أدناه لمعرفة ما إذا كان يجب
على طفلك الخضوع لاختبار الرصاص في دمه. ✓

<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	(1) هل طفلك مؤهل أو يتلقى مزايا برنامج Medicaid أو WIC؟
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	(2) هل يعيش طفلك في منزل أو مرفق لرعاية الأطفال تم بناؤه قبل عام 1960 أو يزوره بشكل متكرر؟
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	(3) هل يعيش طفلك في منزل تم بناؤه قبل عام 1978 أو يزوره بشكل متكرر ويحتوي هذا المنزل على طلاء متشقق أو مقشر أو تجديدات حديثة أو جارية أو مخطط لها؟
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	(4) هل طفلك لاجئ؟
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	(5) هل طفلك تم تبنيه من خارج الولايات المتحدة؟
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	(6) هل يعيش طفلك بالقرب من مصهر رصاص نشط أو مصنع لإعادة تدوير البطاريات أو أي صناعة أخرى يحتمل أن ينتج عنها الرصاص؟
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	(7) هل يعيش طفلك مع شخص بالغ قد تنطوي وظيفته أو هوايته على التعرض للرصاص؟
<input type="checkbox"/> نعم	<input type="checkbox"/> لا	(8) هل لدى طفلك أشقاء أو رفقاء في السكن تعرضوا مؤخرًا للرصاص؟

إذا كانت الإجابة "نعم" على أي من الأسئلة أعلاه، فقد يكون طفلك معرضًا لخطر التسمم بالرصاص. تحدث إلى مقدم الرعاية الصحية حول إجراء اختبار الرصاص في دم طفلك.

لمعرفة طرق سريعة وسهلة للحفاظ على سلامة أطفالك من الرصاص،
تفضل بزيارة الموقع الإلكتروني www.vdh.virginia.gov/leadsafe

VDH VIRGINIA
DEPARTMENT
OF HEALTH