

Oppfølgingskjema

Fylles ut det året
barnet fyller
3, 6, 10 og 15 år

Personnummer (11 siffer): _____

Dato for oppfølging: _____

Spørsmål merket med * må besvares

Barnets alder: _____ år *

Hørselstap, høreapparat og taleoppfattelse

Hørselstapets grad ved oppfølgende kontroll *

Høyre Venstre

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Normal/lite (0-20 dB HL) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Meget lett (21-25 dB HL) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lett (26-40 dB HL) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Moderat (41-60 dB HL) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Betydelig (61-70 dB HL) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Alvorlig (71-80 dB HL) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Meget alvorlig (>80 dB HL) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Usikkert (>20 dB HL) |

Bruk av høreapparat/CI siste måneder *

Høyre Venstre

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Heltid |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Deltid |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Sporadisk |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Har høreapparat, men bruker det ikke |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Pasienten har valgt å ikke ha høreapparat |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Høresentralen har valgt å ikke tilpasse HA |

Type høreapparat sist tilpasset *

Høyre Venstre

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Luftledning |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Benledning |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CI |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CROS |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Annet |

Dato for høreapparatstart i Norge*: _____

Dato for henvisning for CI-utredning Rikshospitalet: _____

Dato for CI-operasjon i Norge, høyre/venstre: _____/_____

Dato for lydpåsetting CI, høyre/venstre: _____/_____

Spørsmål for barn i skolealder (6, 10, og 15 års oppfølging):

Har barnet hatt tilgang til trådløst mikrofonsystem den siste måneden i skolesammenheng?

- Nei Ja Ikke vurdert

Har test av taleoppfattelse i fritt felt blitt utført?

- Ja
Resultat ved 65 dB SPL _____%
- Nei, høresentralen har valgt å ikke utføre testen
- Nei, høresentralen har ikke utstyr til å utføre testen
- Nei, barnet klarer ikke å gjennomføre testen

Har REM måling blitt gjennomført sett inn taletest og mikrofonsystem?

- Ja
- Nei, høresentralen har valgt å ikke utføre testen
- Nei, høresentralen har ikke utstyr til å utføre testen

Spørsmål om kommunikasjon *

Hovedspråk i familien ved oppfølging:

- Talespråk Tegnspråk Annet

Annet: Lesing Skrivning Taktill lesing

Har minst en pårørende deltatt i opplæringskurs eller lignende i forbindelse med barnets hørselstap? *

- Nei, har ikke fått tilbud
- Har fått tilbud, men ikke deltatt
- Ja

Har minst en pårørende deltatt i lytte- og taleveiledning i forbindelse med barnets hørselstap? *

- Nei, har ikke fått tilbud
- Ja, veiledning basert på AVT
- Ja, veiledning med fokus på lytte- og talespråkutvikling
- Har fått tilbud, men ikke deltatt
- Totalkommunikasjon (ofte tale med støtte av tegn, bilde)

Har minst en pårørende deltatt i kurs i tegnspråk eller tegnspråkopplæring?

- Nei, har ikke fått tilbud
- Har fått tilbud, men ikke deltatt/har deltatt ≤ 5 ganger
- Ja

Barnets omgivelser den siste måned i barnehage/skole

- Ordinær barnehage/skole
- Barnehage/skole tilpasset hørselshemmede
- Deltidsopphold i regi av Statped/skole tilpasset barn med hørselstap
- Annet tilpasset miljø
- Går ikke i barnehage/skole
- Dagmamma

Får barnet spesialpedagogisk oppfølging?

- Nei, har ikke fått tilbud
- Har fått tilbud, men ikke tatt imot
- Ja

Hvordan kan barnet uttrykke seg?

- På talespråk
- På talespråk med tegn støtte
- På talespråk og tegnspråk og/eller taktill tegnspråk
- På tegnspråk og/eller taktill tegnspråk
- Med annen kommunikasjon
- Svært redusert kommunikasjon

Hvor velutviklet er barnets tegnspråk? (dersom aktuelt)

- Barnet bruker enkelttegn
- Barnet setter sammen 2-3 tegn
- Barnet bruker flerordsytringer på tegnspråk

Medisinske spørsmål

Årsak til hørselstapet *

Er årsaken til hørselstapet kjent?

- Nei Ja Tidligere angitt

Har barnet hatt noen av disse tilstandene og er tilstanden etter klinisk vurdering ansett som mulig årsak til barnets hørselstap?

Tilstand	Årsak
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Medfødt CMV-infeksjon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Medfødt toxoplasmosse-infeksjon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Medfødt rubella-infeksjon
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Meningitt
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hyperbilirubinemi
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Føtalt alkoholsyndrom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Behandling med ototokisk legemiddel
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Plutselig hørselstap/sudden deafness
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Kronisk otitt/cholesteatom
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Traume mot hode/tinningben
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Annen årsak

Hvilken årsak (annen): _____

Syndrom - Hvilket kjent syndrom har barnet

Har barnet kjent syndrom som er assosiert med hørselstap? (fremkommet gjennom klinisk og/eller genetisk utredning)

- Nei Ja Vet ikke

Tilstand

- Usher
 CHARGE
 Waardenburg
 Pendred
 Downs syndrom
 BOR syndrom
 Nevrofibromatose type 2
 Jervell Lange Nielsen
 22q11 (CATCH 22)
 Refsum syndrom/biotidinase
 Stickler syndrom
 Annet syndrom assosiert medhørselstap

Annet syndrom: _____

Tilleggsvansker *

Har barnet diagnostisert tilleggsvansker utover hørselstap?

- Nei Ja Ukjent

- Alvorlig synstap eller døvblind
 Spesifikke språkvansker
 Spesifikke lærevansker
 Oppmerksomhetsvanske ADHD/ADD
 Autismerelaterte vansker
 Cerebral parese
 Utviklingsforsinkelse/forstyrrelse
 Annet

Genetisk utredning *

Har foresatte fått tilbud om genetisk utredning av hørselstapet?

- Nei Ja Ikke aktuelt

Ved ja: Er genetisk utredning utført?

- Nei Ja

Ved ja: Påviste den genetiske utredningen en sannsynlig årsak til hørselstapet?

- Nei Ja

Ved ja: Hvilke genetisk årsaker ble påvist?

- Connexin 26 (GHJB2-eller GJB6-mutasjon)
 Annen mutasjon assosiert med ikke-syndromalt arvelig hørselstap
 Hvilken mutasjon ble påvist:

Øremisdannelser

Er det diagnostisert noen misdannelser i øret?

- Nei Ja, høyre Ja, venstre Ja, begge ører

Ved ja: Type misdannelse

Høyre Venstre

- Ytre øre/hørselsgang
 Mellomøret
 LVAS
 Hypoplasi/manglende hørselsnerve
 Indre øre, cochlea og/eller vestibulære systemer

Ved Cochleær/vestibulær misdannelse sett ved CT/MR på temporalbenet

- Common cavity
 Cochleær hypoplasi
 incomplete partition
 Annen misdannelse
 Ukjent

Auditiv nevropati *

Har barnet auditiv nevropati?

- Nei
 Ja, høyre
 Ja, venstre
 Ja, bilateralt
 Dette er ikke testet

Kun til internt bruk

Skjema utfyllt av: _____

Navn: _____

Dato: _____