

Tilbakeførings skjema

Når et barn som er tidligere avsluttet i registeret får påvist permanent hørselstap på nytt

Personnummer (11 siffer): _____

Dato for førstegangsregistrering: _____

Mottaker av ePROM- skjema

Ettersom pasienten er yngre enn 18 år må feltet 'Mottaker av ePROM skjema' angis slik at 'PROMS skjema HFB' kan sendes ut til foresatte

Navn (bruk blokkbokstaver): _____

Fødselsnummer: _____

Navn og fødselsnummer på forelder som skal motta spørreskjema elektronisk

Dato for førstegangsregistrering (vises automatisk i den elektroniske løsningen)

Dato for førstegangsregistrering _____
(1.inklusjon)

Diagnostisert hørselstap

Dato for henvisning til høresentral for utredning: _____

Ukjent

Er barnet født i Norge Ja Nei

Dato for bekreftet hørselstap i Norge

Høyre øre: Hørselstap Normal

Dato hørselstap høyre: _____

Er dato for diagnose nøyaktig?

Nei, dato er estimert da nøyaktig dato er ukjent Ja

Venstre øre: Hørselstap Normal

Dato hørselstap venstre: _____

Er dato for diagnose nøyaktig?

Nei, dato er estimert da nøyaktig dato er ukjent Ja

Alder ved diagnose: _____ år

Resultat hørselstesting

Hørselstap grad ved tidspunkt for diagnose i Norge

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 (≥ 81 dB HL) |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Usikkert (>20 dB HL) |

Primær hørselshabilitering i Norge

Dato for start av primærhørselshabilitering i Norge (ca.): _____

Hva var hovedårsaken til at diagnostisk hørselsutredning ble gjennomført i Norge

- Nyfødtscreening
- Helsestasjonsprogrammet 0-5 år
- Skolestartundersøkelse
- Foreldremistanke
- Otittkontroll
- Forsinket språkutvikling
- Risikofaktorer
- Annen årsak
- Vet ikke
- Barnehagebekymring

Hørselsmålinger brukt for å bekrefte hørselstapet

Høyre Venstre

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ABR |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | AASR |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | VRA |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Lekeaudiometri |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Rentoneaudiometri |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Impedansaudiometri |

Stimuli brukt ved ABR/ASSR

- Chirp stimuli
- Click stimuli
- Begge deler
- Ukjent

Bevissthetstilstand ved ABR/ASSR-målinger

- Våken tilstand
- Naturlig søvn
- Narkose
- Medikamentassistert søvn
- Ukjent

Høreapparat/CI

Har barnet fått høreapparat i forbindelse med diagnose i Norge

Høyre Venstre

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Ja |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nei, har høreapparat fra utlandet |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nei, høreapparat er ikke aktuelt |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nei, foreldrene eller barnet har takket nei |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Nei, ikke tilbudt |

Type høreapparat

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 når barnet fikk tilpasset sitt første høreapparat, ikke dato for avtrykk

Dersom aktuelt:

Dato for CI operasjon i Norge:

Høyre _____ Venstre _____

Dato for lydpåsetting CI:

Høyre _____ Venstre _____

Henvvisning PPT/synsundersøkelse

Er barnet meldt/henvist til PPT

- Nei Ja

Barn med alle grader av hørselstap anbefales henvist til kommunen ved pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT)

Er barnet henvist til synsundersøkelse

- Nei Ja

Kun til internt bruk

Skjema utfylt av: _____

Navn: _____

Dato: _____