

Førstegangsregistreringsskjema

Gestasjonsuke: _____ uker

Fødselsvekt: _____ gram

CMV-test innen 3 uker: Ja Nei Ukjent

Ved ja, resultat: Negativt Positivt

Nyfødscreening av hørsel - Oppfølging

Passerte barnet nyfødtscreening av hørsel?

Ja Nei Ikke testet Ukjent Atresi

Ved nei:

Dato for retesting høresentral: _____

Resultat tympanometri

Høyre Ikke normal Normal Ikke testet Ukjent

Venstre Ikke normal Normal Ikke testet Ukjent

Resultat TEOAE Passert ved screening (hø/ve)

Høyre Ikke normal Normal Ikke testet Ukjent

Venstre Ikke normal Normal Ikke testet Ukjent

Resultat AABR Passert ved screening (hø/ve)

Høyre Ikke normal Normal Ikke testet Ukjent

Venstre Ikke normal Normal Ikke testet Ukjent

Videre oppfølging Ja Nei

Diagnostisert hørselstap

Dato for henvisning til høresentral for utredning: _____

Ukjent

Hvor og når ble primær hørselsutredning gjennomført

På denne enhet i løpet av de siste tre år

På denne enhet før mer enn tre år siden

På en annen enhet i Norge

Utenlands

Er barnet født i Norge Ja Nei

Bekreftelse på hørselstap i Norge

Høyre Hørselstap Normal

Dato hørselstap høyre: _____

Er dato for diagnose nøyaktig

Ja Nei, dato er estimert da nøyaktig dato er ukjent

Venstre Hørselstap Normal

Dato hørselstap venstre: _____

Er dato for diagnose nøyaktig

Ja Nei, dato er estimert da nøyaktig dato er ukjent

Personnummer (11 siffer): _____

Dato for samtykke: _____

Dato for førstegangsregistrering: _____

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

Barnehagebekymring

Skolestartundersøkelse

Foreldremistanke

Otittkontroll

Forsinket språkutvikling

Risikofaktorer

Annen årsak

Vet ikke

Hørselstap grad ved tidspunkt for diagnose i Norge

Høyre Venstre

Normal/lite (0-20 dB HL)

Meget lett (21-25 dB HL)

Lett (26-40 dB HL)

Moderat (41-60 dB HL)

Betydelig (61-70 dB HL)

Alvorlig (71-80 dB HL)

Meget alvorlig (>80 dB HL)

Usikkert (>20 dB HL)

Unilateralt hørselstap Bilateralt hørselstap

Hørselsmålinger brukt for å bekrefte hørselstapet

Høyre Venstre

ABR

AASR

VRA

Lekeaudiometri

Rentoneaudiometri

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 høreapparatHøyre 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: _____**Dersom aktuelt:****Dato for CI operasjon i Norge:**Høyre _____ Venstre _____**Dato for lydpåsetting CI:**Høyre _____ Venstre _____**Eksterne henvisninger****Er barnet meldt/henvist til PPT** Ja Nei**Er barnet henvist til synsundersøkelse** Ja Nei

Dato: _____

Underskrift: _____