

Oppfølgingskjema

Personnummer (11 siffer): _____

Dato for oppfølging: _____

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 CI-utredning ved Rikshospitalet: _____

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

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

Har REM måling blitt gjennomført

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Ja |
| <input type="checkbox"/> | Nei, høresentralen har valgt å ikke utføre testen |
| <input type="checkbox"/> | Nei, høresentralen har ikke utstyr til å utføre testen |
| <input type="checkbox"/> | Nei, barnet klarer ikke å gjennomføre testen |

Hvordan kan barnet uttrykke seg

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | På talespråk |
| <input type="checkbox"/> | På talespråk med tegnstøtte |
| <input type="checkbox"/> | På talespråk og tegnspråk og/eller taktilt tegnspråk |
| <input type="checkbox"/> | På tegnspråk og/eller taktilt tegnspråk |
| <input type="checkbox"/> | Med annen kommunikasjon |
| <input type="checkbox"/> | Svært redusert kommunikasjon |

Spørsmål om kommunikasjon

Hovedspråk i familien ved oppfølging:

- | | | | | | | | |
|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|-------------|--------------------------|---------------|
| <input type="checkbox"/> | Talespråk | <input type="checkbox"/> | Norsk | <input type="checkbox"/> | Annet språk | | |
| <input type="checkbox"/> | Flere sidestilte hovedspråk | <input type="checkbox"/> | Tegnspråk | | | | |
| <input type="checkbox"/> | Annet | <input type="checkbox"/> | Lesing | <input type="checkbox"/> | Skriving | <input type="checkbox"/> | Taktil lesing |

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

- | | |
|--------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Ja |
| <input type="checkbox"/> | Har fått tilbud, men ikke deltatt |
| <input type="checkbox"/> | Nei, har ikke fått tilbud |

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

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Ja, veiledning basert på AVT |
| <input type="checkbox"/> | Ja, veiledn.med fokus på lytte- og talespråks utvikling |
| <input type="checkbox"/> | Totalkommunikasjon (ofte tale med støtte av tegn, bilde) |
| <input type="checkbox"/> | Har fått tilbud, men ikke deltatt |
| <input type="checkbox"/> | Nei, har ikke fått tilbud |

Har minst en pårørende deltatt i kurs i tegnspråk eller tegnspråkopplæring

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Ja |
| <input type="checkbox"/> | Har fått tilbud, men ikke deltatt (≤ 5 ganger) |
| <input type="checkbox"/> | Nei, har ikke fått tilbud |

Barnets omgivelser den siste måned i barnehage/skole

- | | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Ordinær barnehage/skole |
| <input type="checkbox"/> | Barnehage/skole tilpasset hørselshemmede |
| <input type="checkbox"/> | Deltidsopphold i regi av Statped/skole tilpasset barn med hørselstap |
| <input type="checkbox"/> | Annet tilpasset miljø |
| <input type="checkbox"/> | Går ikke i barnehage/skole |
| <input type="checkbox"/> | Dagmamma |

Får barnet spesialpedagogisk oppfølging

- | | | | |
|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Ja | <input type="checkbox"/> | Antall timer spesialped. oppfølging per uke: _____ |
| <input type="checkbox"/> | Har fått tilbud, men ikke tatt imot | | |
| <input type="checkbox"/> | Nei, har ikke fått tilbud | | |

Hvor velutviklet er barnets tegnspråk (dersom aktuelt)

- | | |
|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Barnet bruker enkelttegn |
| <input type="checkbox"/> | Barnet setter sammen 2-3 tegn |
| <input type="checkbox"/> | Barnet bruker flerordsytringer på tegnspråk |

Medisinske spørsmål

Årsak til hørselstapet

Er årsaken til hørselstapet kjent

- Ja Nei 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"/> Behandling med ototoxisk 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)

- Ja Nei 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 med hørselstap

Annet syndrom: _____

Tilleggsvisker

Har barnet diagnostisert tilleggsvisker utover hørselstap

- Ja Nei 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

- Ja Nei Ikke aktuelt

Ved ja: Er genetisk utredning utført

- Ja Nei

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

- Ja Nei

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
 Cochlea/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

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

Dato: _____

Underskrift: _____