

Førstegangsregistreringsskjema

For barn som ikke passerer retest på høresentral og/eller eldre barn som får påvist permanente hørselstap

Gestasjonsuke: _____ uker
Fødselsvekt: _____ gram
CMV-test innen 3 uker: Ja Nei Ukjent
Ved ja, resultat: Negativt Positivt Ukjent

Nyfødscreening av hørsel - Oppfølging

Passerte barnet nyfødscreening av hørsel?

Nei (kryss nei ved ikke testet barsel) Ja Ikke testet Ukjent

Ved nei: Dato for retesting høresentral: _____

Atresi høyre øre Atresi høyre øre

Resultat Tympanometri

Høyre Ikke normal Normal Ikke testet Ukjent

Venstre Ikke normal Normal Ikke testet Ukjent

Resultat TEOAE

Høyre Ikke normal Normal Ikke testet

Passert ved screening Ukjent

Venstre Ikke normal Normal Ikke testet

Passert ved screening Ukjent

Resultat AABR

Høyre Ikke normal Normal Ikke testet Ukjent

Passert ved screening Ukjent

Venstre Ikke normal Normal Ikke testet Ukjent

Passert ved screening Ukjent

Videre oppfølging Ja Nei

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

Personnummer (11 siffer): _____

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

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

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 (≥ 81 dB HL)
- Usikkert (>20 dB HL)

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 (Høresentralen har valgt å ikke tilpasse høreapparat) |

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 _____

Henvising 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

Mottaker av ePROM- skjema

Ettersom pasienten er yngre enn 18 år må feltet angis slik at ePROM-skjema kan sendes ut til foresatte

Navn (bruk blokkbokstaver):

Fødselsnummer:

Kun til internt bruk

Skjema utfyllt av:

Navn: _____

Dato: _____