附件4

海南省听力障碍救助干预患儿随访表

|  |
| --- |
| **基本资料** |
| 儿童姓名 |  | 性别 |  | 出生日期 |  |
| 分娩医院 |  | 户籍 |  | 民族 |  |
| 法定监护人 |  | 关系 |  | 联系电话 |  |
| 家庭住址 |  |
| 病史既往听力情况 | 病史：听力初筛：听力复筛： |
| **听力/言语/救助状况** |
| 首次确诊时间 |  | 确诊年龄（月） |  |
| 救助前听力损失程度 |  |
| 救助前听力及言语情况 | 能否讲话：□否 □能言语表达程度：□单词 □双音词□词组 □句子行为测听：左耳： dB HL右耳： dB HL |
| 救助辅助器种类 | □助听器\_\_\_ \_\_耳 □人工耳蜗\_\_\_\_\_\_耳品牌/型号： 品牌/型号：  |
| 配戴助听器时间/人工耳蜗植入时间  |
| **言语康复情况** |
| 目前康复状态 | □机构康复 □家庭康复 □未接受康复 |
| 初次康复时间 |  | 康复频次 |  |
| 康复机构名称 |  |
| **救助效果评估**  |
| **术后第 1 次评估****（救助后6个月）** | **随访日期**  | **患儿年龄**  |
| **听力言语能力** | 能否讲话：□否 □能言语表达程度：□单词 □双音词 □词组 □句子行为测听左耳： dB HL 右耳： dB HL |
| **助听听阈情况** | 行为测听/纯音测听 左耳： dB HL 右耳： dB HL检查配合度：  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **术后第 2 次评估****（救助后1年）** | **随访日期**  | **患儿年龄**  |
| **听力言语能力** | 能否讲话：□否 □能言语表达程度：□单词 □双音词 □词组 □句子行为测听左耳： dB HL 右耳： dB HL |
| **助听听阈情况** | 行为测听/纯音测听 左耳： dB HL 右耳： dB HL检查配合度：  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **术后第 3 次评估****（救助后1年半）** | **随访日期**  | **患儿年龄**  |
| **听力言语能力** | 能否讲话：□否 □能言语表达程度：□单词 □双音词 □词组 □句子行为测听左耳： dB HL 右耳： dB HL |
| **助听听阈情况** | 行为测听/纯音测听  左耳： dB HL 右耳： dB HL检查配合度：  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **术后第 4 次评估****（救助后2年）** | **随访日期**  | **患儿年龄**  |
| **听力言语能力** | 能否讲话：□否 □能言语表达程度：□单词 □双音词 □词组 □句子行为测听左耳： dB HL 右耳： dB HL |
| **助听听阈情况** | 行为测听/纯音测听左耳： dB HL 右耳： dB HL检查配合度：  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **术后第 5 次评估****（救助后2年半）** | **随访日期**  | **患儿年龄**  |
| **听力言语能力** | 能否讲话：□否 □能言语表达程度：□单词 □双音词 □词组 □句子行为测听左耳： dB HL 右耳： dB HL |
| **助听听阈情况** | 行为测听/纯音测听左耳： dB HL 右耳： dB HL检查配合度：  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **术后第 6 次评估****（救助后3年）** | **随访日期**  | **患儿年龄**  |
| **听力言语能力** | 能否讲话：□否 □能言语表达程度：□单词 □双音词 □词组 □句子行为测听左耳： dB HL 右耳 dB HL |
| **助听听阈情况** | 行为测听/纯音测听左耳： dB HL 右耳： dB HL检查配合度：  |