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： | | |