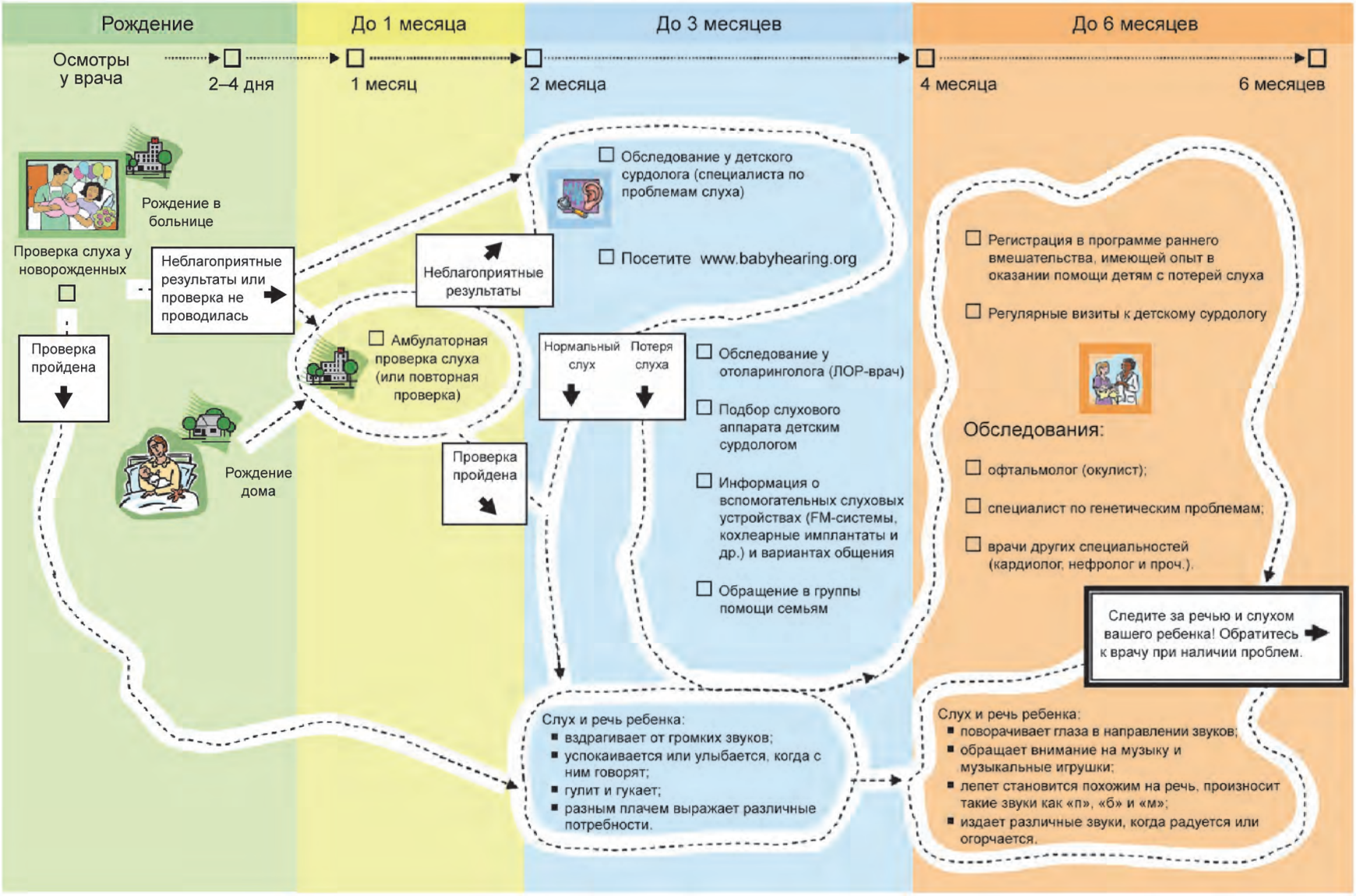
Универсальный аудиологический скрининг новорожденных, диагностика и вмешательство

Выявленная потеря слуха – план действий для семей



Универсальный аудиологический скрининг новорожденных, диагностика и вмешательство

Выявленная потеря слуха — контрольный список для семей

Имя и фамилия ребенка: _____

Дата рождения ребенка: ___/___/_____

Рождение

Осмотры у врача → ☐ 2–4 дня

☐ Рождение в больнице:

Проверка слуха у новорожденных

Дата: ___/___/____

Результаты проверки

Левое ухо		Правое ухо
☐	Неблагоприятные результаты	☐
☐	Проверка пройдена	☐
☐	Проверка не проводилась (пропущена)	☐

Убедитесь, что врач получил результаты. Если результаты проверки неблагоприятны для правого и левого уха вашего ребенка или проверка не проводилась, назначьте амбулаторную проверку (или обследование у детского сурдолога [специалиста по проблемам слуха]).

☐ Рождение дома:

Обратитесь к _____ , чтобы назначить проверку слуха

До 1 месяца

→ ☐ 1 месяц

☐ Амбулаторная проверка слуха (или повторная проверка)

Место проведения: _____

Дата: ___/___/____

Результаты проверки

Левое ухо		Правое ухо
☐	**Неблагоприятные результаты**	☐
☐	**Проверка пройдена**	☐

Убедитесь, что врач получил результаты. Если результаты проверки неблагоприятны для правого и левого уха вашего ребенка, запишитесь на прием к детскому сурдологу [специалисту по проблемам слуха]).

Контактная информация поставщика услуг:

Врач:

Детский сурдолог:

Услуги программы раннего вмешательства:

Группа оказания помощи семьям:

Другое:

До 3 месяцев

→ ☐ 2 месяца

☐ **Обследование у детского сурдолога[1,2] (специалиста по проблемам слуха), имеющего опыт в обследовании детей в возрасте 0–2 лет. (Детям в возрасте старше 4 месяцев может потребоваться седация.) Убедитесь, что врач получил результаты.**

Место проведения: _____

Дата: ___/___/____

Результаты теста

Левое ухо		Правое ухо
☐	**Нормальный слух**	☐
☐	**Проверка пройдена**	☐

☐ Посетите веб-сайт www.babyhearing.org

При наличии у ребенка ПОТЕРИ СЛУХА следующие действия включают в себя:

☐ **Обследование у отоларинголога[1] (ЛОР-врач)**
Место проведения: _____

Дата: ___/___/____

☐ **Подбор слухового аппарата и наблюдение у детского сурдолога, при необходимости, включая информацию о получении слуховых аппаратов напрокат**

☐ **Информация о вспомогательных слуховых устройствах (FM-системы, кохлеарные имплантаты и др.) и вариантах общения**

☐ **Обращение в группы помощи семьям**

До 6 месяцев

→ ☐ 4 месяца → ☐ 6 месяцев

☐ Регистрация в программе раннего вмешательства, имеющей опыт в оказании помощи детям с потерей слуха
Место проведения: _____

Дата: ___/___/____

☐ Регулярные визиты к детскому сурдологу

Обследования:

☐ Офтальмолог[1] (окулист): один раз в год
Место проведения: _____

Дата: ___/___/____

☐ Специалист по генетическим проблемам[1]
Место проведения: _____

Дата: ___/___/____

☐ Врачи других специальностей[1] (кардиолог, специалист по развитию, нефролог и проч.) при необходимости
Место проведения: _____

Дата: ___/___/____

[1]Для посещения данных специалистов вам потребуется направление вашего врача

[2]Многие услуги могут предоставляться бесплатно; обратитесь к вашему координатору программы штата по раннему выявлению нарушений слуха и вмешательству (Early Hearing Detection and Intervention, EHDI) по телефону 1-866-HEAR (4327) или посетите веб-сайт www.hearandnow.org

NCHAM National Center for Hearing Assessment and Management Utah State University™