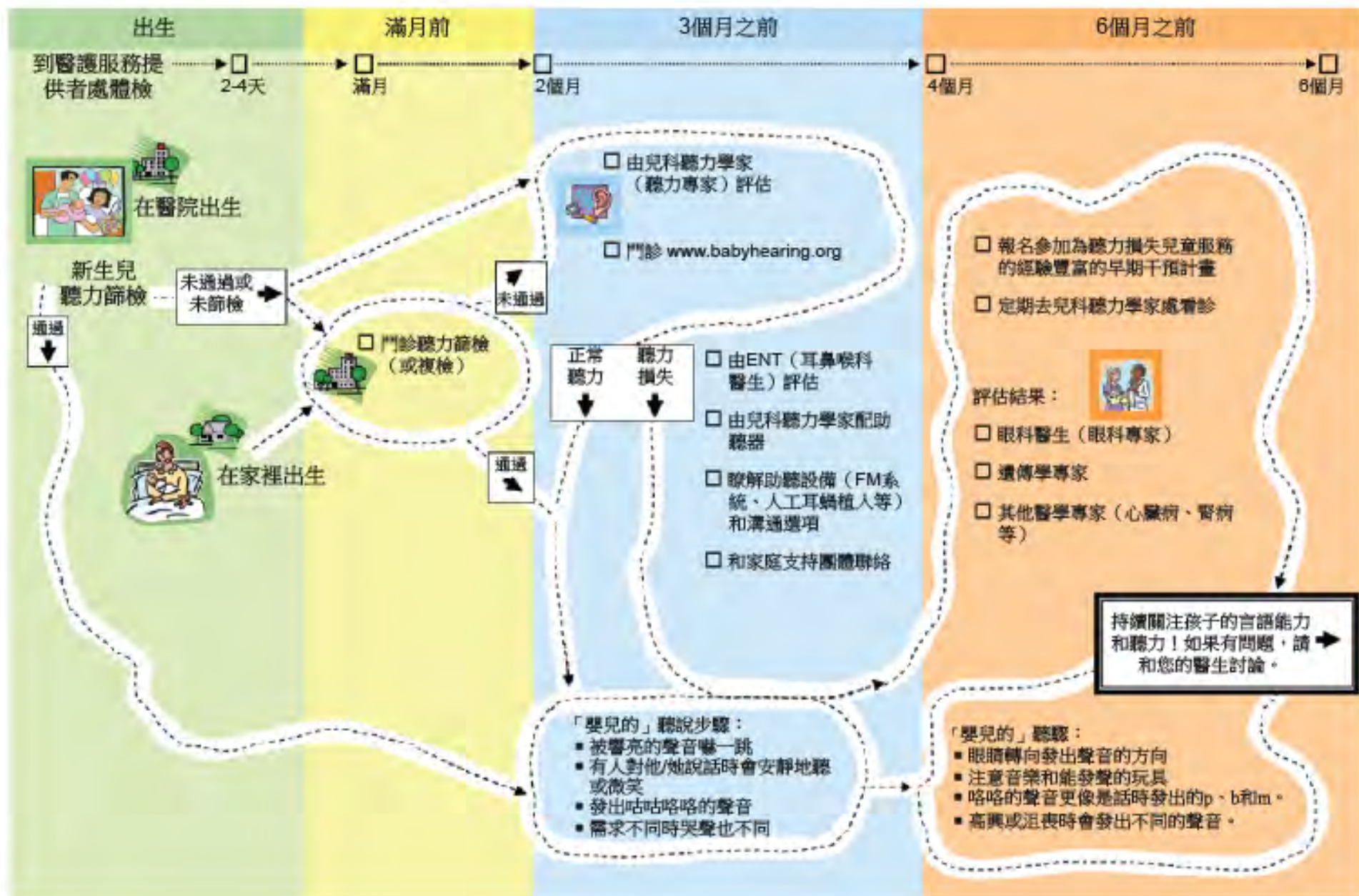


# 新生兒聽力普查、診斷和干預 瞭解聽力損失 -- 家庭指南



# 瞭解聽力損失 -- 家庭對照表

兒童姓名： \_\_\_\_\_

兒童出生日期： \_\_/\_\_/\_\_

出生	滿月前	3個月之前	6個月之前																														
<p>在醫護服務提供者處體檢</p> <p>2-4天</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>1個月</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>2個月</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>4個月</p> <p><input type="checkbox"/></p>																														
<p><input type="checkbox"/> <b>在醫院出生：新生兒聽力篩檢</b></p> <p>日期： __/__/__</p> <p>篩檢結果</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">左耳</td> <td></td> <td style="text-align: center;">右耳</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 未通過</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 通過</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 未篩檢 (錯過)</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>請確保您的醫生拿到了檢測結果。如果您的寶寶兩隻耳朵都沒有通過篩檢，或沒有篩檢，請安排做門診篩檢（或由兒科聽力學家（[聽力專家]）進行評估）。</p> <p><input type="checkbox"/> <b>在家裡出生：</b> 請和 _____ 聯絡安排做聽力篩檢</p>	左耳		右耳	<input type="checkbox"/> 未通過		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 通過		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 未篩檢 (錯過)		<input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> <b>門診聽力篩檢（或複檢）</b></p> <p>地點： _____</p> <p>日期： __/__/__</p> <p>篩檢結果</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">左耳</td> <td></td> <td style="text-align: center;">右耳</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 未通過</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 通過</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p>請確保您的醫生拿到了測試結果。如果您的寶寶兩隻耳朵都沒有通過篩檢，請和兒科聽力學家（[聽力專家]）約診。</p>	左耳		右耳	<input type="checkbox"/> 未通過		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 通過		<input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> <b>由有經驗的兒科聽力學家<sup>1,2</sup>（聽力專家）評估</b></p> <p>受測兒童為0-2歲。 （4個月以上嬰兒可能需要用鎮靜劑。） 請確保您的醫生拿到了測試結果。</p> <p>地點： _____</p> <p>日期： __/__/__</p> <p>測試結果</p> <table border="0"> <tr> <td style="text-align: center;">左耳</td> <td></td> <td style="text-align: center;">右耳</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 正常聽力</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> 通過</td> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> 請瀏覽網站 <a href="http://www.babyhearing.org">www.babyhearing.org</a></p> <p>如果嬰兒有聽力損失，下一步措施包括：</p> <p><input type="checkbox"/> 由ENT<sup>1</sup>（耳鼻喉科醫生）評估 地點： _____ 日期： __/__/__</p> <p><input type="checkbox"/> 必要時，由兒科聽力學家試配和監控助聽器，包括提供借用助聽器的資訊</p> <p><input type="checkbox"/> 瞭解助聽設備（FM系統、人工耳蝸植入等）和溝通選項</p> <p><input type="checkbox"/> 和家庭支持團體聯絡</p>	左耳		右耳	<input type="checkbox"/> 正常聽力		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 通過		<input type="checkbox"/>	<p><input type="checkbox"/> 報名參加為聽力損失兒童服務的經驗豐富的早期干預計畫 地點： _____ 日期： __/__/__</p> <p><input type="checkbox"/> 定期去兒科聽力學家處看診</p> <p><b>評估結果：</b></p> <p><input type="checkbox"/> 每年去看眼科專家<sup>1</sup> 地點： _____ 日期： __/__/__</p> <p><input type="checkbox"/> 遺傳學專家<sup>1</sup> 地點： _____ 日期： __/__/__</p> <p><input type="checkbox"/> 視需要看其他醫學專家<sup>1</sup>（心臟、發育、腎臟等） 地點： _____ 日期： __/__/__</p>
左耳		右耳																															
<input type="checkbox"/> 未通過		<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/> 通過		<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/> 未篩檢 (錯過)		<input type="checkbox"/>																															
左耳		右耳																															
<input type="checkbox"/> 未通過		<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/> 通過		<input type="checkbox"/>																															
左耳		右耳																															
<input type="checkbox"/> 正常聽力		<input type="checkbox"/>																															
<input type="checkbox"/> 通過		<input type="checkbox"/>																															
<p><b>服務提供者聯絡資訊</b></p> <p>醫護服務提供者：</p> <p>兒科聽力學家：</p> <p>早期干預服務提供者：</p> <p>家庭支持團體：</p> <p>其他：</p>																																	

<sup>1</sup>看這些專家通常需要由醫生轉介

<sup>2</sup>許多服務都可以免費提供，請和您所在州的早期聽力偵測和干預（Early Hearing Detection and Intervention, 簡稱EHDI）計畫專員聯絡，電話號碼是1-866-HEAR (4327)，網站是：[www.hearandnow.org](http://www.hearandnow.org)