

Grav  
hörselnedsättning  
Vuxna  
Baseline-enkät

**B**

Personnummer: \_\_\_\_\_

Namn: \_\_\_\_\_

Datum för besök: \_\_\_\_\_

Vårdgivare: \_\_\_\_\_

**Inklusionskriterier:** Tonmedelvärde M4(0.5, 1, 2, 4 kHz) lika med 70 dB eller sämre på bästa örat eller maximal taluppfattbarhet (FB) 50 % eller sämre på bästa örat. Ålder 19 år eller äldre.

\*obligatorisk fråga

**Diagnos**     Sensorineural HNS     Kombinerad HNS

Debut före tre års ålder

**Datum** för hörseltest\* : \_\_\_\_\_

**TMV4 höger\*** : \_\_\_\_\_

(TMV4 beräknas för frekvenserna 500-1000-2000-4000Hz  
Icke uppnådd tröskel ange 130dB)

**TMV4 vänster\*** : \_\_\_\_\_

**Datum** för maximal taluppfattningstest med hörtelefon: \_\_\_\_\_

Testat höger:                       Om ja, maximal taluppfattning i tyst miljö: \_\_\_\_\_ %

Testat vänster                       Om ja, maximal taluppfattning i tyst miljö: \_\_\_\_\_ %

**Datum** för maximal taluppfattningstest vid frifältsmätning i tyst miljö vid 65 dBHL talsignal, binauralt: \_\_\_\_\_

Testat frifältsmätning     Om ja, maximal taluppfattning **utan** hjälpmedel: \_\_\_\_\_ %

Om ja, maximal taluppfattning **med** hjälpmedel: \_\_\_\_\_ %

**Tagit del av rehabiliteringsåtgärder av följande yrkeskategorier de senaste tio åren:**

**Grupprehabilitering** med flera yrkesprofessioner inom hörselvården?     Ja     Nej

**Grupprehabilitering** med en yrkesprofession?     Ja     Nej

**Individuell rehabilitering, besök hos:**

Audionom     Ja     Nej

Ingenjör/tekniker     Ja     Nej

Kurator     Ja     Nej

Pedagog     Ja     Nej

Psykolog     Ja     Nej

Rehabiliteringsbesök hos läkare     Ja     Nej

Remitterad till logoped på grund av sin hörselnedsättning     Ja     Nej

Remitterad till sjukgymnast/fysioterapeut till följd av sin hörselnedsättning     Ja     Nej

**Patienten har erhållit utvidgad rehabilitering om de inom de senaste 10 åren deltagit i grupprehabilitering med flera yrkesprofessioner eller fått minst tre övriga insatser.**

Har patienten fått utvidgad rehabilitering inom annan organisation/förvaltning/landsting?     Ja     Nej

## Frågorna nedan svarar patienten och vårdgivare på tillsammans

Använder hörapparat;	<b>Höger öra?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<b>Vänster öra?</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Använder Cochleärt implantat <b>höger öra?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	operationsår: _____
Använder Cochleärt implantat <b>vänster öra?</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	operationsår: _____
CI-utredning påbörjas/pågående	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Om patienten inte har CI, ange huvudskäl (endast ett skäl) <b>Glöm inte att notera i journal!</b>		
<input type="checkbox"/> Medicinska skäl ( <i>sjukdomar</i> ) <input type="checkbox"/> Hörselskäl ( <i>behov uppfyllt av nuvarande hjälpmedel</i> ) <input type="checkbox"/> Patientskäl ( <i>tackat nej</i> ) <input type="checkbox"/> Kommunikation ( <i>teckenspråkiga</i> ) <input type="checkbox"/> Vet ej		
<b>Nuvarande livssituation:</b>		
Din nuvarande sysselsättning		
<input type="checkbox"/> Studerande		
<input type="checkbox"/> Arbetssökande		
<input type="checkbox"/> Förvärvsarbetare, med vad? _____		
<input type="checkbox"/> Pensionär		
Är du sjukskriven/har sjukersättning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Om ja, vilken sjukersättningsgrad? <input type="checkbox"/> 25 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 75 % <input type="checkbox"/> 100 %		
Om ja, p.g.a. hörselnedsättning? <input type="checkbox"/> Helt <input type="checkbox"/> Delvis <input type="checkbox"/> Nej		
Handikappersättning?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Ansökan sker nu <input type="checkbox"/> Ej sökt <input type="checkbox"/> Ej beviljat	
	<input type="checkbox"/> Uppfyllt hörselkriterier efter 65 år <input type="checkbox"/> Vet ej	
<b>Kommunikation (flera alternativ är möjliga)</b>		
Tal	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Teckenspråk	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Tecken som stöd	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Taktilt teckenspråk	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Skriftlig	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Avläsning	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

**Annan funktionsnedsättning/sjukdom****Synnedsättning** Ja  Nej

*(Synnedsättning anses föreligga när patienten pga. sin syn, inte kan läsa text på TV eller i tidning även med glasögon)*

Grav synnedsättning enligt ögonläkare  Ja  Nej  Vet ej**Annan funktionsnedsättning** Ja  Nej

*(som medför problem i det dagliga livet)*



*Tänk på att kvalitetsregistret inte är en del av en journal, men ifylld enkät kan vara till hjälp vid din journalskrivning!*

