

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; Höger öra? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Vänster öra? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Använder Cochleärt implantat höger öra? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej operationsår: _____ Använder Cochleärt implantat vänster öra? <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) Glöm inte att notera i journal! <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
Nuvarande livssituation: 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
Kommunikation (flera alternativ är möjliga) 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)

Om ja, specificera: _____

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

Personnummer: _____

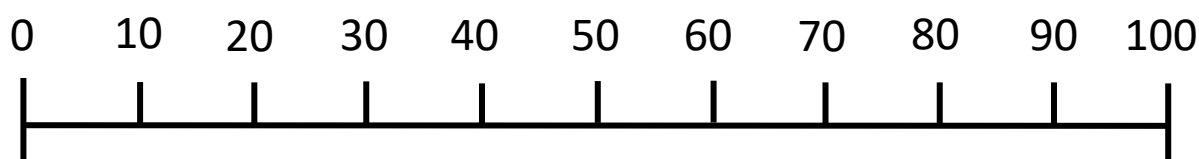
Datum för ifyllande av enkäten: _____

Frågorna nedan svarar patienten på själv.

Skattningsskala, hörselnedsättningens påverkan

En hörselnedsättning påverkar ofta det dagliga livet. Vilken påverkan har hörselnedsättningen i ditt liv?

Markera på skalan; 0 innebär ingen påverkan alls och 100 negativ påverkan i alla situationer.



Diagnosspecifika frågor

Vilket stöd upplever du från din familj och närstående?

Inget Litet Stort Mycket stort

Vilken nytta har du haft av Hörselvårdens insatser?

Ingen Liten God Mycket god

Vilken nytta har du av din hörapparat och/eller CI?

Ingen Liten God Mycket god Ej aktuellt

Vilket stöd upplever du från arbetskamraterna?

Inget Litet Stort Mycket stort Ej aktuellt

Vilket stöd upplever du från arbetsledningen?

Inget Litet Stort Mycket stort Ej aktuellt

Tinnitus och yrsel:

Upplever du tinnitus? Ja Nej

Om ja, påverkar tinnitus ditt dagliga liv? Alltid Ofta Ibland Aldrig

Hur länge har du haft tinnitus?.....antal år

Upplever du yrsel? Ja Nej

Om ja, påverkar yrseln ditt dagliga liv? Alltid Ofta Ibland Aldrig

Hur länge har du haft yrsel?.....antal år