

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 Ja nej

Vänster öra Ja nej

Använder cochleärt implantat höger öra?

Ja nej operationsår: _____

Använder cochleärt implantat vänster öra?

Ja nej operationsår: _____

CI-utredning påbörjas/pågående:

Ja nej

Om patienten ej har CI, ange huvudskäl (ange endast ett skäl):

- Medicinska skäl (sjukdomar)
- Hörselskäl (behov uppfyllt av nuvarande hjälpmedel)
- Patientskäl (tackat nej)
- Kommunikation (teckenspråkiga)
- Vet ej

Nuvarande livssituation:

Din nuvarande sysselsättning

- Studerande
- Arbetssökande
- Förvärvsarbetare, med vad?: _____
- Pensionär

Är du sjukskriven/har sjukersättning? Ja nej

Om ja, vilken sjukersättningsgrad?

- 25 %
- 50 %
- 75 %
- 100 %

Om ja, p.g.a. hörselnedsättning?

- Helt
- Delvis
- Nej

Handikappersättning?

- Ja
- Ansökan sker nu
- Ej sökt
- Ej beviljat
- Uppfyllt hörselkriterier efter 65 år
- Vet ej

Kommunikation (flera alternativ är möjliga)

Tal	Ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
Teckenspråk	Ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
Tecken som stöd	Ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
Taktilt teckenspråk	Ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
Skriftlig	Ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>
Avläsning	Ja <input type="checkbox"/>	nej <input type="checkbox"/>

Annan funktionsnedsättning/sjukdom

Synnedsättning Ja nej

Synnedsättning anses föreligga när patienten p.g.a. sin syn inte kan läsa text på TV eller i tidning även med glasögon.

Grav synnedsättning enligt ögonläkare

Ja nej

Annan funktionsnedsättning (som medför problem i det dagliga livet) Ja nej

Om ja, specificera: _____

Namn: _____

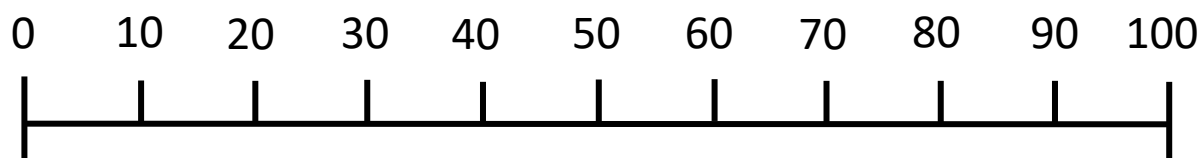
Datum för ifyllande av enkät: _____

Frågorna nedan svarar patienten på själv.

Baseline - 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.



Baseline - 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