Grav hörselnedsättning Vuxna Uppföljning **C**

Personnummer: _____

Namn: _____

Datum (obligatoriskt): _____

Tid efter baseline-enkät: ☐ 1 år ☐ 3 år

Vårdgivare: _____

Vårdgivaren fyller i de rehabiliteringsinsatser patienten fått det senaste året och matar in uppgifterna i databasen.

Tekniska åtgärder		
Ny konventionell hörapparat	☐ Ja	☐ Nej
Om ja,	☐ Unilateralt	☐ Bilateralt
Varseblivningshjälpmedel	☐ Ja	☐ Nej
Kommunikationssystem, *t.ex. FM-system, telefoneringshjälpmedel eller andra trådlösa lyssningssystem*	☐ Ja	☐ Nej
CI-processor, operation	☐ Ja	☐ Nej
Om ja,	☐ Unilateralt	☐ Bilateralt
Uppgradering med ny CI-processor (-er)	☐ Ja	☐ Nej
Benförankrad hörapparat	☐ Ja	☐ Nej
Om ja,	☐ Unilateralt	☐ Bilateralt
Annat implantat *t.ex. mellanöreimplantat*	☐ Ja	☐ Nej
Text- eller bildtelefon	☐ Ja	☐ Nej
Medicinska åtgärder		
Medicinsk behandling och/eller rehabilitering	☐ Ja	☐ Nej
Konventionell hörselförbättrande kirurgi	☐ Ja	☐ Nej
Sjukskrivning p.g.a. hörselrelaterad ohälsa *t.ex. utmattning*	☐ Ja	☐ Nej
Pedagogiska åtgärder		
Information/motiverande samtal	☐ Ja	☐ Nej
Kommunikationsträning	☐ Ja	☐ Nej
Grupprehabilitering	☐ Ja	☐ Nej
Psykosociala åtgärder		
Behandling hos psykolog	☐ Ja	☐ Nej
Behandling hos kurator	☐ Ja	☐ Nej
Behandling hos annan vårdgivare	☐ Ja	☐ Nej
Övriga åtgärder		
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? ☐ Ja ☐ Nej

CI-utredning påbörjas/pågående ☐ Ja ☐ Nej

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

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

Datum för maximal taluppfattningstest vid frifältmätning i tyst miljö vid 65 dBHL talsignal, binauralt:_____

Om ja, maximal taluppfattning **utan** hjälpmedel:_____%

Om ja, maximal taluppfattning **med** hjälpmedel:_____%

Namn:_____

Datum för ifyllande av enkät:_____

Frågorna besvaras av patienten
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:_____

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 %

Sjukskrivning/har sjukersättning pga. hörselnedsättning?

□ Ja, helt □ Delvis □ Nej

Handikappersättning?

□ Ja

□ Ansökan sker nu

□ Ej sökt

□ Ej beviljat

□ Uppfyllt hörselkriterier efter 65 år

□ Vet ej

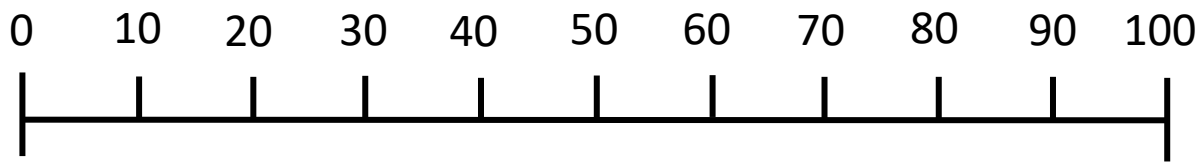
Namn:_____

Datum för ifyllande av enkät:_____

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

Hur mycket påverkar hörselnedsättningen ditt liv idag jämfört med för cirka ett år sedan?

□ Mycket mer □ Mer □ Lika mycket

□ Mindre □ Mycket mindre