



Uppföljning CI-operation

Version 20220325

Fylls i av vårdgivare 12 månader efter operation
Obligatoriska uppgifter är markerade med *

Patientens namn:

Patientens personnummer:*

Datum för uppföljning:*

Datum för CI-inkoppling, 1:a dagen:*

HÖRHJÄLPMEDEL:

Använda hörhjälpmedel:*

Höger:

- CI med enbart elektrisk stimulering
- CI med CROS
- CI med elektroakustisk stimulering
- Luftledd hörapparat
- Benledd hörapparat/implantat
- Inget hörhjälpmedel

Vänster:

- CI med enbart elektrisk stimulering
- CI med CROS
- CI med elektroakustisk stimulering
- Luftledd hörapparat
- Benledd hörapparat/implantat
- Inget hörhjälpmedel

Loggad medelanvändningstid/dygn (i timmar) som omfattar de senaste 30 dagarna

Antal timmar:

Aktuell programvara har ej loggfunktion

Antal aktiva implantatelektroder:*

Höger:

Vänster:

Antal inaktiva implantatelektroder:*

Höger:

Vänster:



AUDIOGRAMDATA:

Tontrösklar i dB HL för luftledning mätt UTAN hjälpmedel med hörtelefon alt. instickstelefon vid uppföljningsbesöket. Detta ska vara senast gjorda mätning. Om ej mätbar luftledningsfrekvens anges 130 dB HL

Datum: _____

Frekvens [Hz]	250	500*	1000*	2000*	3000	4000*	6000	8000
Höger								
Vänster								

Ej testat. Ange varför: _____

Tontrösklar i dB HL för luftledning mätt MED hjälpmedel i ljudfält vid uppföljningsbesöket. Detta ska vara senast gjorda mätning. Om ej mätbar luftledningsfrekvens anges 130 dB HL

Datum: _____

Frekvens [Hz]	250	500*	1000*	2000*	3000	4000*	6000	8000
Höger								
Vänster								
Binauralt								

Ej testat. Ange varför: _____

Maximal taluppfattning i tyst med hörhjälpmedel (FB, tal presenterat vid 65 dB SPL, ljudfält) vid uppföljningsbesöket, anges i %:*

Höger: _____ Vänster: _____ Binauralt: _____

Ej testat höger Ej testat vänster Ej testat binauralt

Ange varför: _____ Annat talmaterial använt

Maximal taluppfattning i brus med hörhjälpmedel (FB+4dB, tal presenterat vid 65 dB SPL, ljudfält) vid uppföljningsbesöket, anges i %:*

Höger: _____ Vänster: _____ Binauralt: _____

Ej testat höger Ej testat vänster Ej testat binauralt

Ange varför: _____ Annat talmaterial använt

REHABILITERING:

Vem har haft huvudansvar för den pedagogiska och psykosociala rehabiliteringen under det första året? *

- Remitterande enhet
- Opererande enhet
- Gemensamt ansvar
- Annan

Vilka rehabiliteringsinsatser inriktade mot hörsel och kommunikation (hos opererande CI-team eller hemmaklinik) har individen erbjudits, respektive tagit del av under senaste året:

Grupprehabilitering *	<input type="checkbox"/> Tagit del av	<input type="checkbox"/> Erbjudits	<input type="checkbox"/> Ej erbjudits	<input type="checkbox"/> Vet ej
Hörsel- och kommunikationsträning*	<input type="checkbox"/> Tagit del av	<input type="checkbox"/> Erbjudits	<input type="checkbox"/> Ej erbjudits	<input type="checkbox"/> Vet ej
Psykosocialt stöd*	<input type="checkbox"/> Tagit del av	<input type="checkbox"/> Erbjudits	<input type="checkbox"/> Ej erbjudits	<input type="checkbox"/> Vet ej
Röst- och talträning*	<input type="checkbox"/> Tagit del av	<input type="checkbox"/> Erbjudits	<input type="checkbox"/> Ej erbjudits	<input type="checkbox"/> Vet ej

Har någon av nedanstående funktionsnedsättningar/sjukdomar diagnostiserats under senaste året?*

- Nej
- Ja
 - Grav synnedsättning (får stöd från syncentral)
 - Signifikant nedsatt motorik
 - Svårare sjukdom som krävt behandling under senaste året
 - Demenssjukdom
 - Intellektuell funktionsnedsättning
 - Autism
 - ADHD

Har patienten eller annan vårdgivare under första året efter CI-operation haft kontakt med opererande CI-team med anledning av nedanstående?*

Nej

Ja

Implantatnära infektion som krävt behandling, läkemedel

Implantatnära infektion som krävt behandling, kirurgi

Facialisstimulering som resulterat i permanent bortkoppling av elektrod (-er)

Elektrodfailure som resulterat i permanent bortkoppling av elektrod (-er)

Nyttillkomna yrsel/balansbesvär som krävt behandling

Ökad eller nyttillkommen tinnitus som bedöms ha koppling till CI

Svårt psykiskt lidande som resulterat i kontakt och behandling inom sjukvården

Annan vårdskada/komplikation relaterad till CI, ange vilken:
