



دانشگاه علوم پزشکی
و خدمات بهداشتی درمانی تهران

فرم ارزیابی کم‌شنوایی نوزادان در شرایط بحران

معاونت بهداشت دانشگاه

گروه مدیریت بیماری‌های غیرواگیر

اطلاعات هویتی نوزاد

نام و نام خانوادگی نوزاد:

کد ملی / کد اتباع نوزاد:

تاریخ تولد: / /

نام پدر:

کد ملی / کد اتباع پدر:

نام مادر:

کد ملی / کد اتباع مادر:

شماره تماس در دسترس:

بررسی عوامل خطر

- ۱- ابراز نگرانی والدین از کم‌شنوایی نوزاد یا تاخیر در تکامل زبانی فرزندشان
- ۲- وجود زردی بالا در نوزاد (بیلی روبین بالا) خصوصاً اگر نیاز به تعویض خون باشد
- ۳- وجود مشکلات دوران بارداری و زایمان مانند مسمومیت دوران حاملگی، فشار خون بالا، دیابت و زایمان سخت
- ۴- سابقه ضربه به سر (بخصوص مواردی که با از دست دادن هوشیاری همراه باشد)
- ۵- سابقه خانوادگی کم‌شنوایی دایمی در دوران کودکی در خویشاوندان نزدیک (پدر، مادر، خواهر، برادر، پدربزرگ، مادر بزرگ، خاله، دایی، عمه، عمو، فرزندان ایشان)
- ۶- سابقه قرارگیری در معرض دستگاه تهویه مکانیکی به مدت ۵ روز یا بیشتر
- ۷- سابقه ازدواج‌های خانوادگی نزدیک در والدین
- ۸- ابتلا به بیماری‌های عفونی سیفلیس، HIV، توکسوپلاسموز، سرخجه، سایتومگالوویروس و هرپس در دوران بارداری
- ۹- وجود هر نوع ناهنجاری در سر، صورت و گوش
- ۱۰- نوزاد با سابقه بستری
- ۱۱- سابقه مصرف داروهایی مانند استرپتومایسین، اریترومایسین، نئومایسین، جنتامایسین، توبرامایسین، آمیکاسین در نوزاد (در صورت عدم اطمینان به مصرف، انتخاب شود)
- ۱۲- سابقه مصرف داروی فوروزماید در دوران بارداری مادر (در صورت عدم اطمینان به مصرف، انتخاب شود)

نتیجه تست OAE:

Refer ☐

Pass ☐

تاریخ انجام:

/ /

نتیجه تست AABR:

Refer ☐

Pass ☐

تاریخ انجام:

/ /

تاریخ تکمیل فرم:

/ /

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده: