

شماره پرونده:

## مشخصات فردی: نام خانوادگی:

شغل و تحصيلات:

ام: نعادل

سام پدر:

واعیا:

تلف

س

آیا فرزند شما تا کنون مورد ارزیابی شناوی واقع شده است؟  خیر  بله

آیا تگرانی در مورد شناوی فرزندتان دارید؟  خیر  بله

آیا فرزند شما در هنگام تولد یا پس از آن به یکی از موارد زیر دچار بوده است؟  خیر  بله

- سابقه خانوادگی درخصوص وجود کم شناوی  خیر  بله

- ازدواج فامیلی پدر و مادر  خیر  بله

- ابتلا به سندروم های مرتبط با شناوی (مانند سندروم داون، سندروم آشر، سندروم تریپر کولنیز، سندروم کروزوون و سندروم آلپورت و ...)

- ابتلا به بیماری های اوریون، منژیت، مخملک، تشنج، آسم، مشکلات قلبی بعد از تولد  خیر  بله

- وجود تب بالا، تنفس بسیار سخت و یا بدشکلی های فیزیکی مانند شکاف کام و لب و... به هنگام تولد  خیر  بله

- بستری نوزاد در بخش مراقبتهای ویژه نوزادان (NICU) بیش از ۵ روز  خیر  بله

- وزن کمتر از ۱۵۰۰ گرم هنگام تولد  خیر  بله

- زردی دوران نوزادی در حدی که منجر به تعویض خون شود  خیر  بله

- ضربه به سر که با کاهش هوشیاری کودک یا شکستگی جمجمه همراه باشد  خیر  بله

- عفونتهای مزمن گوش میانی و نجمع مایع در گوش میانی بیش از ۳ ماه  خیر  بله

- تأخیر تکامل گفتار و زبان با توجه به سن کودک  خیر  بله

- مصرف داروهایی که اثر تخریبی روی شناوی دارند، مانند آمینو گلیکوژیدها (جنتامایسین، توبرامایسین، کانامایسین و استرپتو مایسین، هنگامی که به صورت دوره ای و طولانی مدت مصرف شود)  خیر  بله

- بی توجهی، بلند کردن غیرمعمول صدای رادیو و تلویزیون متجه جهت اصوات نشدن، بی حال و بی توجه بودن، تند خویی بی دلیل، کشیدگی

سوال ها یا توضیحات خود را لطفا بنویسید:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> P.T.A & S.R.T    | <input type="checkbox"/> VNG                       |
| <input type="checkbox"/> MCL . SDS . UCL. | <input type="checkbox"/> VHIT                      |
| <input type="checkbox"/> Tympanometry     | <input type="checkbox"/> E.T.F                     |
| <input type="checkbox"/> Acoustic Reflex  | <input type="checkbox"/> Laser Therapy             |
| <input type="checkbox"/> VEMP             | <input type="checkbox"/> Vestibular Rehabilitation |
| <input type="checkbox"/> ABR              | <input type="checkbox"/> Tinnitus Rehabilitation   |
| <input type="checkbox"/> ECochG           | <input type="checkbox"/> Tinnitus Evaluation       |
| <input type="checkbox"/> ASSR             | <input type="checkbox"/> Hearing Aid Test          |
| <input type="checkbox"/> OAE              | <input type="checkbox"/> SVV - SVH                 |

## نوضیحات بالینی ادیولوژیس