



مرکز جامع ارزیابی شنوایی و تعادل البرز

Professional Hearing & Balance Center ALBORZ

شماره پرونده:

پزشک معالج:
تاریخ:

نام پدر:

نام:

مشخصات فردی: نام خانوادگی:
آدرس:

تلفن:

تاریخچه کاهش شنوایی:

شکایت اصلی بیمار:

تاریخ شروع مشکل و یا بیماری:
گوش پیتر: راست
مشخص نیست
فرق نمیکند
ناگهانی تدریجی

تاریخچه پزشکی:
درد
ترشح گوش
راست
چپ
احساس پری در گوش
وزوز
راست
چپ

اختلال تعادل سرگیجه شدت و خصوصیات

سابقه ابتلاء به بیماریهای نظیر: مخملک، منژیت، اوریون، سرخک، سل، سیفلیس اسکلروز متعدد و ...
سابقه بیمار از نظر ضربه تصادف استفاده از داروهای اتوتوکسیک

سابقه عمل جراحی در گوش:
وجود افراد کم شنوا یا ناشنوا در خانواده:
وضعیت پزشکی به طور کلی:

تاریخچه بهره مندی از اقدامات توانبخشی:

توضیح موارد:

توضیحات بالینی:

- | | |
|---|--|
| <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 |

ادیلوژیست:

چهارراه طالقانی شمالی، جنب بانک صادرات، کوچه پوشک سالیان، ساختمان پزشکان آترا، طبقه ۳، واحد ۴

تلفن: ۰۹۳۵ - ۰۹۳۰ - ۸۹۱۵ - ۳۴۴۹ ۸۱۴۹ | www.alborzhearing.ir | alborzhearing