

Przynieś ze sobą tę kartę
na wizytę u pediatry
i u audiologa.



O ile to możliwe,
badanie powinno być
wykonane przed
upływem 1 miesiąca.

Imię i nazwisko dziecka: _____ DATA URODZ: _____

Imię i nazwisko matki / opiekunki prawnej: _____

Badanie przesiewowe słuchu przy użyciu automatycznego ABR lub OAE zostało przeprowadzone w dniu _____ u Twojego dziecka.

Badanie wykazało, że dziecko:

PRAWE UCHO:

- Wynik poprawny (zobacz na odwrocie)
- Dziecko nie uzyskało poprawnego wyniku i wymagane są dalsze badania.
- Badanie przesiewowe nie mogło być wykonane i potrzebna jest kontynuacja.

LEWE UCHO:

- Wynik poprawny (zobacz na odwrocie)
- Dziecko nie uzyskało poprawnego wyniku i wymagane są dalsze badania.
- Badanie przesiewowe nie mogło być wykonane i potrzebna jest kontynuacja.

Umówiona została dla Ciebie wizyta _____
(Data/Godzina)

(Klinika/Szpital)

(Adres)

LUB

(Nr telefonu)

Zadzwoń do _____ aby umówić się.
(Imię i nazwisko/Nr telefonu)

Aby uzyskać więcej informacji lub pomoc w odnalezieniu usługodawców, skontaktuj się z programem wczesnego wykrywania problemów słuchu **Early Hearing Detection & Intervention Program** pod nr tel

1-800-322-3722



www.illinoisoundbeginnings.org



wiadomości e-mail: ilsound@uic.edu

POPRAWNY wynik nie musi obowiązywać całe życie. Obserwuj, czy pojawią się ważne oznaki:

OD NARODZIN DO 3 MIESIĘCY

- | | TAK | NIE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Reaguje na głośne dźwięki | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Uspokaja się słysząc Twój głos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Odwraca główkę w Twoją stronę, gdy mówisz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Budzą je głośne głosy i dźwięki | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Uśmiecha się, gdy się doń mówi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wydaje się, że zna Twój głos i uspokaja się, jeśli płacze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OD 3 DO 6 MIESIĘCY

- | | TAK | NIE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Patrzy w górę lub odwraca się w stronę nowego dźwięku | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Reaguje na "nie" i zmiany w tonie głosu | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Naśladuje swój własny głos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lubi grzechotki i inne zabawki, które wydają dźwięki | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zaczyna powtarzać dźwięki (czyli "oo", "aa", "ba-ba") | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zaczyna się bać głośnych odgłosów | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OD 6 DO 10 MIESIĘCY

- | | TAK | NIE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Reaguje na swoje imię, dzwoniący telefon, czyjś głos nawet, gdy nie jest głośny | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zna codzienne wyrazy (kubek, but) i powiedzonka ("pa pa") | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Gaworzy nawet, gdy jest samo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zaczyna reagować na prośby takie, jak "Chodź tu" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Patrzy na rzeczy, gdy ktoś o nich mówi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OD 10 DO 15 MIESIĘCY

- | | TAK | NIE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Bawi się własnym głosem, cieszy się jego dźwiękiem i odczuciem | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wskazuje lub patrzy na znajome przedmioty lub osoby, kiedy się o to prosi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Naśladuje proste słowa i dźwięki; umie znacząco używać kilku pojedynczych wyrazów | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lubi zabawy jak a-kuku i koci-łapci | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OD 15 DO 18 MIESIĘCY

- | | TAK | NIE |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Wykonuje proste polecenia takie jak "daj mi piłkę" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Często używa znanych słów | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Używa zdań z 2-3 słowami, aby o czymś mówić/prosić o coś | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Zna 10 do 20 słów | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OD 18 DO 24 MIESIĘCY

- | | TAK | NIE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Rozumie proste pytania wymagające odpowiedzi "tak - nie" ("czy jesteś głodny?") | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Rozumie proste zwroty („w kubku”, „siadaj”) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Lubi jak się mu czyta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wskazuje obrazki, gdy się o nie pyta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

OD 24 DO 36 MIESIĘCY

- | | TAK | NIE |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Rozumie "Nie teraz" i "Już wystarczy" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wybiera rzeczy wg rozmiaru (duże, małe) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Wykonuje proste polecenia takie jak "przynies buty" | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Rozumie wiele słów dot. ruchu (skakać, tańczyć, biegać) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Jeśli będziesz mieć kiedykolwiek wątpliwości dotyczące słuchu dziecka, skontaktuj się z dzieckiem lekarzem. Aby otrzymać pomoc w znalezieniu audiologa, skontaktuj się ze specjalistyczną przychodnią dla dzieci: UIC-Specialized Care for Children pod nr tel. 1-800-322-3722 lub na stronie ehdi-pals.org