**"چک لیست بررسی وضعیت شنوایی شناسی بیمارستان های تحت پوشش دانشگاه علوم پزشکی اصفهان"**

**اسفند 1402**

**نام بیمارستان :**

**تاریخ تکمیل چک لیست:**

**نام تکمیل کننده چک لیست:**

**شماره همراه تکمیل کننده چک لیست:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ردیف** | **سؤال** | **پاسخ** |
| **1** | آیا بیمارستان کارشناس شنوایی شناسی دارد؟  | بله 🞏 خیر 🞏 |
| در صورت پاسخ بله: | نام و نام خانوادگی: مقطع تحصیلی: شماره همراه: نوع قرارداد با بیمارستان:سابقه کار در آن بیمارستان: |
| **2** | آیا برای **نوزادان سالم**، پس از تولد و پیش از ترخیص از بخش زایمان، غربالگری شنوایی انجام می شود؟  | بله 🞏 خیر 🞏 |
| در صورت پاسخ بله:غربالگری شنوایی در چه بازه زمانی بعد از تولد نوزاد انجام می شود؟ (به ساعت ذکر شود) |  |
| در صورت انجام غربالگری، کدام یک از روش ها انجام می شود؟ | TEOAE 🞏 AABR 🞏 |
| در صورت انجام، غربالگری توسط چه کسی انجام می شود؟ | کارشناس شنوایی شناسی 🞏 پرستار/ ماما بخش 🞏 سایر 🞏 |
| **3** | آیا برای نوزادان **بستری در بخش نوزادان**، غربالگری شنوایی شنایی انجام می شود؟ | بله 🞏 خیر 🞏 |
| در صورت پاسخ بله:در چه بازه زمانی بعد از تولد نوزاد انجام می شود؟ (به روز ذکر شود) |  |
| در صورت انجام، کدام یک از روش های غربالگری انجام می شود؟ | TEOAE 🞏 AABR 🞏 |
| غربالگری توسط چه کسی انجام می شود؟ | کارشناس شنوایی شناسی 🞏 پرستار/ ماما بخش🞏 سایر 🞏 |
| **4** | آیا برای نوزادان **بستری در NICU،** غربالگری شنوایی انجام می گیرد؟ | بله 🞏 خیر 🞏 |
| در صورت پاسخ بله:در چه بازه زمانی بعد از تولد نوزاد انجام می شود (به روز ذکر شود)؟  |  |
| در صورت انجام غربالگری کدام یک از روش های غربالگری انجام می شود؟ | TEOAE 🞏 AABR 🞏 |
| غربالگری توسط چه کسی انجام می شود؟ | کارشناس شنوایی شناسی 🞏 پرستار/ ماما بخش 🞏 سایر 🞏 |
| **5** | نوزادانی که تست غربالگری آنها مثبت و مشکوک به کم شنوایی است، به کدام مراکز تشخیصی معرفی می شوند؟ (نام و آدرس مرکز قید شود) |  |
| **6** | آیا به والدین **نوزادان سالم**، آموزش داده می شودکه پس از ترخیص برای غربالگری شنوایی به کدام مرکز مراجعه کنند؟ | بله 🞏 خیر 🞏 نام و آدرس مرکز قید شود. |
| **7** | آیا به والدین **نوزادان بستری** در بخش های نوزادان/NICU/ کودکان، آموزش داده می شود که پس از ترخیص برای غربالگری شنوایی به کدام مراکز مراجعه کنند؟  | بله 🞏 خیر 🞏 نام و آدرس مرکز قید شود. |
| **8** | آیا در درمانگاه یا قسمت های دیگر بیمارستان، برای **کودکان** غربالگری شنوایی صورت می گیرد؟ | بله 🞏 خیر 🞏 |
| در صورت انجام غربالگری، کدام یک از روش ها انجام می شود؟ | ادیومتری 🞏 تمپانومتری 🞏 |
| غربالگری توسط چه کسی انجام می شود؟ | کارشناس شنوایی شناسی 🞏 پرستار/ ماما بخش🞏 سایر 🞏 |
| **9** | آیا در بیمارستان، خدمات **تشخیصی** شنوایی نوزادان / کودکان انجام می شود؟ | بله 🞏 خیر 🞏 |
| در صورت انجام، کدام یک از روش های تشخیصی انجام می شود؟ | DPOAE 🞏 ASSR 🞏 ABR 🞏Tympanometry High Frequency 🞏 |
| **10** | آیا در بیمارستان، خدمات **توانبخشی شنوایی** ارائه می شود؟ | بله 🞏 خیر 🞏 |
| **11** | آیا در بیمارستان، خدمات **توانبخشی گفتار درمانی** ارائه می شود؟ | بله 🞏 خیر 🞏  |
| در صورت پاسخ بله، برای کدام گروه سنی انجام می شود؟ | کودکان 🞏 بزرگسالان 🞏 |
| **12** | آیا **بیمارستان** دارای تجهیزات **غربالگری** شنوایی شناسی می باشد؟ | بله 🞏 خیر 🞏 |
| در صورت پاسخ بله، بیمارستان کدام یک از تجهیزات **غربالگری** شنوایی را دارا می باشد؟ | TEOAE 🞏DPOAE 🞏 AABR 🞏 ادیومتری 🞏 تمپانومتری🞏 |
| **13** | آیا **کارشناس شنوایی** شناسی آن بیمارستان دارای تجهیزات **غربالگری شنوایی شناسی (شخصی)** می باشد؟ | بله 🞏 خیر 🞏 |
| در صورت پاسخ بله، کارشناش شنوایی شناسی دارای کدامیک از تجهیزات است؟ | TEOAE 🞏DPOAE 🞏 AABR 🞏 ادیومتری 🞏 تمپانومتری 🞏  |
| **14** | آیا **بیمارستان** دارای **تجهیزات تشخیصی** شنوایی شناسی می باشد؟ | بله 🞏 خیر 🞏 |
| در صورت پاسخ بله، کدامیک از تجهیزات را دارا می باشد؟  | DPOAE ABR 🞏 DPOAE 🞏ASSR 🞏Click ABR 🞏 BcABR 🞏 Tone Burst ABR 🞏 ABR 🞏Tympanometry High Frequency 🞏 |
| **15** | آیا کارشناس **شنوایی شناسی** آن بیمارستان دارای **تجهیزات تشخیصی** **شنوایی شناسی (شخصی)** می باشد؟ | بله 🞏 خیر 🞏 |
| در صورت پاسخ بله، کارشناش شنوایی شناسی دارای کدامیک از تجهیزات است؟ | DPOAE ABR 🞏 DPOAE 🞏ABR 🞏 ASSR 🞏 Click ABR 🞏 BcABR 🞏 Tone Burst ABR🞏Tympanometry High Frequency 🞏 |
| **16** | آیا در بیمارستان کاشت حلزون انجام می شود؟ | بله 🞏 خیر 🞏 |