**輔具評估報告書**

**輔具評估報告格式編號：26**

**輔具項目名稱：人工電子耳(含術後聽能語言復健計畫書)**

**一、基本資料**

|  |
| --- |
| 1.姓名： 2.身分證字號： 3.生日： 年 月 日4.聯絡人姓名： 與個案關係： 聯絡電話：5.戶籍地址：6.居住地址([ ] 同戶籍地)：7.聯絡(公文寄送)地址([ ] 同戶籍地 [ ] 同居住地)：8.是否領有身心障礙證明：[ ] 無[ ] 有9.身心障礙類別(可複選)：[ ] 第一類[ ] 第二類 [ ] 第三類 [ ] 第四類 [ ] 第五類 [ ] 第六類[ ] 第七類[ ] 第八類[ ] 其他： 10.身心障礙等級分級：[ ] 輕度 [ ] 中度 [ ] 重度 [ ] 極重度 |

**二、術前評估**

1. 人力支持情況(可複選)：[ ] 獨居 [ ] 有同住者 [ ] 有專業人力協助： [ ] 其他：
2. 聽力損失病史：
3. 發現聽力損失年齡： 歲 個月 ( 年 月 日發現)
4. 發現感覺神經性聽力障礙病史至今：[ ]  5年(含)以內 [ ] 超過5年
5. 聽力損失發生原因：[ ] 先天性 [ ] 後天性，原因：
6. 術前接受聽語訓練：[ ] 有，服務單位： ( 年 月)

[ ] 其他：

1. 目前使用的右耳聽覺輔具(尚未使用者免填)：
2. 輔具種類：[ ] 助聽器 [ ] 人工電子耳 [ ] 電聲雙刺激(EAS) [ ] 其他：
3. 廠牌： ，型號：
4. 初配日期： 年 月 日
5. 是否中斷使用：[ ] 是， 年 [ ] 否
6. 目前使用的左耳聽覺輔具(尚未使用者免填)：
7. 輔具種類：[ ] 助聽器 [ ] 人工電子耳 [ ] 電聲雙刺激(EAS) [ ] 其他：
8. 廠牌： ，型號：
9. 初配日期： 年 月 日
10. 是否中斷使用：[ ] 是， 年 [ ] 否
11. 其他目前使用的聽覺輔具配置方式及使用情形：
12. 術前言語可懂度分級(Speech intelligibility rating，SIR)：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 分級 | 判別標準 | 評估結果(請擇一勾選) |
| 5 | 一般人可以輕易聽懂個案日常對話的內容 |  |
| 4 | 聽者只要有稍微接觸過聽損者的經驗，就可以聽懂個案的溝通語言 |  |
| 3 | 聽者在專心和讀唇下，可以聽懂個案的溝通語言 |  |
| 2 | 整體而言，個案語言表達無法讓聽者理解，但在了解談話內容和讀唇提示下，聽者可以了解對話當中的一些單音 |  |
| 1 | 個案只有一些無法辨識的語音或發音，主要溝通方式為手語或手勢 |  |

※資格條件：3分(含)以上

1. 人工電子耳手術前之聽力評估：
2. 裸耳純音聽力檢查結果，可信度：[ ] 一致 [ ] 不一致 單位：分貝(dB HL)

頻

率

閾

值

/

分

貝

測

驗

耳

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 250 Hz | 500 Hz | 1,000 Hz | 2,000 Hz | 4,000 Hz |
|  | ACT | ACT | BCT | ACT | BCT | ACT | BCT | ACT | BCT |
| 右耳 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 左耳 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

右耳氣導聽閾平均值： 分貝 (500 Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

左耳氣導聽閾平均值： 分貝 (500 Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

※縮寫說明：ACT氣導閾值、BCT骨導閾值

※未施測及無法施測之欄位以「DNT」及「CNT」填寫

※儀器最大輸出施測仍無行為反應之欄位，填寫最大施測音量並加註「NR」文字

1. 助聽後語音聽力檢查結果：

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 聽辨閾值(SRT) | 最適音量之字詞辨識率 (WDS @ MCL) |
| 右耳 |  dB HL |  % @ dB HL |
| 左耳 |  dB HL |  % @ dB HL |

1. 鼓室圖檢查結果：

右耳：[ ] 無 [ ]  A型 [ ]  B型 [ ]  C型 [ ]  As型 [ ]  Ad型；中耳炎病史：[ ] 無 [ ] 有

左耳：[ ] 無 [ ]  A型 [ ]  B型 [ ]  C型 [ ]  As型 [ ]  Ad型；中耳炎病史：[ ] 無 [ ] 有

1. 聽性腦幹反應檢查結果(Tone burst或Click ABR)：

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 500 Hz | 1,000 Hz | 2,000 Hz | 4,000 Hz | click |
| 右耳 |  分貝 |  分貝 |  分貝 |  分貝 |  分貝 | [ ] 大於90分貝 |
| 左耳 |  分貝 |  分貝 |  分貝 |  分貝 |  分貝 | [ ] 大於90分貝 |

1. 人工電子耳手術前之理學檢查及影像學評估(由醫師填寫，電腦斷層和核磁共振檢查至少擇一執行)：
2. 耳部外觀：外耳道([ ] 正常 [ ] 異常： )、耳膜([ ] 正常 [ ] 異常： )
3. 電腦斷層：中耳腔([ ] 正常 [ ] 異常： )、耳蝸([ ] 正常 [ ] 異常： )、

聽神經骨管([ ] 正常 [ ] 異常： )

1. 核磁共振：耳蝸([ ] 正常 [ ] 異常： )、聽神經([ ] 正常 [ ] 異常： )、

腦部([ ] 正常 [ ] 異常： )

1. 人工電子耳手術前之語言治療評估(由語言治療師評估)：
2. 溝通評估：
3. 溝通模式評估：[ ] 聽覺及口語 [ ] 讀唇及口語 [ ] 手語 [ ] 讀寫 [ ] 全溝通法 [ ] 其他：
4. 溝通修補策略：[ ] 良好 [ ] 稍差 [ ] 尚可 [ ] 不佳 [ ] 極差
5. 口語理解評估：
6. 封閉式

[ ] 詞彙理解：[ ] 良好 [ ] 稍差 [ ] 尚可 [ ] 不佳 [ ] 極差

[ ] 語句理解：[ ] 良好 [ ] 稍差 [ ] 尚可 [ ] 不佳 [ ] 極差

1. 開放式

[ ] 詞彙理解：[ ] 良好 [ ] 稍差 [ ] 尚可 [ ] 不佳 [ ] 極差

[ ] 語句理解：[ ] 良好 [ ] 稍差 [ ] 尚可 [ ] 不佳 [ ] 極差

1. 口語表達評估：
2. 表達能力：[ ] 良好 [ ] 稍差 [ ] 尚可 [ ] 不佳 [ ] 極差
3. 語句表達：[ ] 有 [ ] 無
4. 嗓音：音質[ ] 良好 [ ] 稍差 [ ] 尚可 [ ] 不佳 [ ] 極差

音量[ ] 太大 [ ] 大 [ ] 剛好 [ ] 小 [ ] 太小

1. 流利度：[ ] 正常 [ ] 語暢異常 [ ] 無
2. 構音評估：子音正確率(PCC)= %
3. 清晰度：[ ] 正常 [ ] 有構音問題但不影響清晰度 [ ] 有構音問題且影響清晰度

[ ] 無表達能力

1. 人工電子耳手術前之社會心理評估(由社工師評估)：
2. 家庭評估：
3. 家庭圖：

|  |
| --- |
|  |

1. 家庭動力評估：
2. 主要決策者：[ ] 本人 [ ] 配偶 [ ] 子女 [ ] 父 [ ] 母 [ ] 手足 [ ] 其他：
3. 家庭的決策方式：[ ] 家庭討論 [ ] 主要決策者決定 [ ] 其他：
4. 主要決策者對手術的支持度：[ ] 高度支持 [ ] 支持 [ ] 猶疑中 [ ] 不支持
5. 到場家屬的互動觀察：[ ] 熱絡 [ ] 冷漠
6. 個案現況：

生活作息：[ ] 規律 [ ] 不規律

就業中：[ ] 是，職業： [ ] 接受職業訓練中 [ ] 否

就學中：[ ] 是，學校： [ ] 非學校型態實驗教育 [ ] 否

是否能獨立照顧聽覺輔具：□是 □否

1. 協同照顧能力評估(無協同照顧者免填)：

協同照顧者(稱謂)：

對已有聽覺輔具的照顧方式、聽力損失以及聽能語言復健的態度：[ ] 可配合 [ ] 無配合意願

替代照顧人力安排：[ ] 有 [ ] 無

1. 社會資源評估：
	1. 政府補助：[ ] 無 [ ] 有，來源：
	2. 連結民間資源申請：[ ] 無 [ ] 有，來源：
	3. 其他(含親屬協助)：
2. 對人工電子耳認知：
3. 了解手術的原因：[ ] 是 [ ] 否
4. 核對電子耳的認知：[ ] 非常了解 [ ] 部分了解 [ ] 不了解
5. 對手術期待術後須達到何種聽說能力的期待：
6. 人工電子耳手術前之精神狀態評估(由耳鼻喉科醫師填寫，必要時會診精神科醫師)：

[ ] 不需會診

[ ] 需進一步評估：

1. 精神科醫師評估結果：

是否需轉介臨床心理師評估：[ ] 需要 [ ] 不需要

1. 臨床心理師評估(請擇一評估)：
2. 心智功能評估(智能評估、發展評估、腦部病變或傷損、廣泛性認知功能、高階認知功能，以及適應功能)
3. 評估項目(請擇一評估)：[ ] 智能/發展評估 [ ] 廣泛性認知功能/腦部病變或傷損評估

[ ] 高階認知功能 [ ] 適應功能 [ ] 其他：

1. 使用工具/量表(自選)： ，指標分數：
2. 結果摘要：
3. 追蹤：[ ] 不需要 [ ] 需要，[ ] 立即 [ ]  (月/年)後追蹤
4. 心理社會調適功能(情緒與社會發展、社會人際適應、情緒調節、自我概念與認同)

評估項目(請擇一評估)：[ ] 情緒與社會發展評估 [ ] 社會人際適應/情緒調節評估

[ ] 自我概念與認同 [ ] 其他：

[ ] 結構式晤談 [ ] 使用工具/量表(自選)： ，指數：

結果摘要：

追蹤：[ ] 不需要 [ ] 需要，[ ] 立即 [ ]  (月/年)後追蹤

1. 精神狀態與危機心理評估(壓力評估、急慢性精神狀態、危機衡鑑)

評估項目(請擇一評估)：[ ] 壓力評估/危機衡鑑 [ ] 急慢性精神狀態評估

[ ] 結構式晤談 [ ] 使用工具/量表(自選)： ，指數：

結果摘要：

追蹤：[ ] 不需要 [ ] 需要，[ ] 立即 [ ]  (月/年)後追蹤

1. 其他：

**三、評估結果**【本評估報告書建議之輔具需經主管機關核定通過後方可購置】(由**手術**醫師填寫)

1. 術前評估結果：

[ ] 不建議手術；理由：

[ ] 建議手術，說明：

1. 其他：

評估單位：

評估單位用印

耳鼻喉科醫師： 評估日期：

聽力師： 評估日期：

語言治療師： 評估日期：

社工師： 評估日期：

精神科醫師： 評估日期：

心理師： 評估日期：

**輔具評估報告格式編號：26**

**輔具項目名稱：人工電子耳**

**附件 術後聽能語言復健計畫書**

術後聽語復健計畫執行內容(由個案進行術後聽語復健之醫療院所或機構填具)：

此次術後聽語復健計畫期程：自 年 月起至 年 月止，計 個月

預期個案復健期程需 個月，未來將視個案之狀況再行調整。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 項目 | 內容 | 評估者簽章 | 填表日期 |
| 人工電子耳調圖(Mapping)聽力檢查暨聽能復健 |  |  |  |
| 語言及溝通 |  |  |  |
| 其他 |  |  |  |

申請人(監護人)簽章：

醫療院所/機構(戳章)：

(不同單位填具該表時，請分別核章)

醫療院所/機構電話：

醫療院所/機構住址：

填表日期： 年 月 日