**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