

輔具評估報告書

輔具評估報告格式編號：26

輔具項目編號

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. 性別： <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |
| 3. 國民身分證統一編號：_____ | 4. 生日：_____年_____月_____日 |
| 5. 戶籍地：_____縣(市)_____鄉鎮市區_____村(里)_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓 | |
| 6. 聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同戶籍地(下列免填) _____縣(市)_____鄉鎮市區_____村(里)_____路(街)_____段_____巷_____弄_____號_____樓 | |
| 7-1. 是否領有身心障礙手冊/證明： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | |
| 7-2. (舊制)身心障礙手冊類別： <input type="checkbox"/> 肢體障礙： <input type="checkbox"/> 上肢(手) <input type="checkbox"/> 下肢(腳) <input type="checkbox"/> 軀幹 <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 視覺障礙 <input type="checkbox"/> 聽覺機能障礙 <input type="checkbox"/> 平衡機能障礙 <input type="checkbox"/> 聲音或語言機能障礙 <input type="checkbox"/> 智能障礙 <input type="checkbox"/> 重要器官失去功能 <input type="checkbox"/> 顏面損傷者 <input type="checkbox"/> 植物人 <input type="checkbox"/> 失智症 <input type="checkbox"/> 自閉症 <input type="checkbox"/> 慢性精神病患者 <input type="checkbox"/> 頑性(難治型)癲癇症 <input type="checkbox"/> 多重障礙者(須註明障礙類別與等級)：_____ <input type="checkbox"/> 經中央衛生主管機關認定，因罕見疾病而致身心功能障礙 <input type="checkbox"/> 其他經中央主管機關認定之身心障礙類別： <input type="checkbox"/> 染色體異常 <input type="checkbox"/> 先天代謝異常 <input type="checkbox"/> 其他先天缺陷 | |
| 7-3. (新制)身心障礙分類系統： <input type="checkbox"/> 神經系統構造及精神、心智功能 <input type="checkbox"/> 眼、耳及相關構造與感官功能及疼痛 <input type="checkbox"/> 涉及聲音與言語構造及其功能 <input type="checkbox"/> 循環、造血、免疫與呼吸系統構造及其功能 <input type="checkbox"/> 消化、新陳代謝與內分泌系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 泌尿與生殖系統相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 神經、肌肉、骨骼之移動相關構造及其功能 <input type="checkbox"/> 皮膚與相關構造及其功能 | |
| 8. 障礙等級： <input type="checkbox"/> 輕度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 極重度 | |
| 9. 聯絡人：_____姓名：_____與身心障礙者關係：_____聯絡電話：_____ | |
| 10. 居住情況： <input type="checkbox"/> 獨居 <input type="checkbox"/> 與親友同住 <input type="checkbox"/> 安置機構 <input type="checkbox"/> 其他：_____ | |

二、術前評估

1. 聽障病史：

(1)發現失聰年齡：_____歲_____個月(_____年_____月_____日發現)

(2)發現雙耳極重度感覺神經性聽力障礙病史至今：5年(含)以內 超過5年

(3)聽障發生原因：先天性 後天性，原因：_____

(4)術前接受聽語訓練：有，訓練單位：_____ (_____年_____月)

其他_____

2. 輔具使用狀況：

※右側

尚未使用

已使用：_____年_____月

使用項目：_____

初配日期：_____年_____月_____日

是否中斷使用：是，_____年 否

(1)現有助聽器種類：口袋型 耳掛型 耳內型 其他：

(現有助聽器廠牌：_____型號：_____)

(2)現有人工電子耳廠牌：_____型號：_____

※左側

尚未使用

已使用：_____年_____月

使用項目：_____

初配日期：_____年_____月_____日

是否中斷使用：是，_____年 否

(1)現有助聽器種類：口袋型 耳掛型 耳內型 其他：

(現有助聽器廠牌：_____型號：_____)

(2)現有人工電子耳廠牌：_____型號：_____

3. 術前語言可懂度分級(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 | |

※通過分數：3分(含)以上。

4. 人工電子耳手術前之聽力評估：

(1)裸耳純音聽力檢查結果，可信度：一致 不一致

單位：分貝(dB HL)

| | 250 Hz | 500 Hz | | 1,000 Hz | | 2,000 Hz | | 4,000 Hz | |
|----|--------|--------|----|----------|----|----------|----|----------|----|
| | 氣導 | 氣導 | 骨導 | 氣導 | 骨導 | 氣導 | 骨導 | 氣導 | 骨導 |
| 右耳 | | | | | | | | | |
| 左耳 | | | | | | | | | |

右耳氣導純音閾值平均值：_____分貝(500 Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

左耳氣導純音閾值平均值：_____分貝(500 Hz、1,000 Hz、2,000 Hz、4,000 Hz)

(2)助聽後語音聽力檢查結果：

| | 閾值(SRT) | 語音分辨(SDS) |
|----|---------|---------------------|
| 右耳 | _____分貝 | 在_____分貝時正確率為_____% |
| 左耳 | _____分貝 | 在_____分貝時正確率為_____% |

(3)鼓室圖檢查結果：無 A型 B型 C型 As型 Ad型

中耳炎病史：無 有

(4)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(dB nHL) | _____分貝 | _____分貝 | _____分貝 | _____分貝 | _____分貝 | <input type="checkbox"/> 大於 90 分貝 |
| 左耳(dB nHL) | _____分貝 | _____分貝 | _____分貝 | _____分貝 | _____分貝 | <input type="checkbox"/> 大於 90 分貝 |

5. 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)
- (1)耳部外觀：外耳道(正常 異常_____)、耳膜(正常 異常_____)
- (2)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_____)
- (3)核磁共振：耳蝸(正常 異常_____)、聽神經(正常 異常_____)、腦部(正常 異常_____)
6. 人工電子耳手術前之語言治療評估：(由語言治療師評估)
- (1)溝通評估：
- I. 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_____
- II. 溝通修補策略：良好 稍差 尚可 不佳 極差
- (2)口語理解評估：
- I. 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
- II. 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
- (3)口語表達評估：
- I. 表達能力：良好 稍差 尚可 不佳 極差
- II. 語句表達：有 無
- III. 嗓音：音質良好 稍差 尚可 不佳 極差
音量太大 大 剛好 小 太小
- IV. 流利度：正常 語暢異常 無
- V. 構音評估：子音正確率(PCC)=_____ %
- VI. 清晰度：正常 有構音但不影響清晰 有構音問題且影響清晰度 無表達能力

7. 人工電子耳手術前之社會心理評估：(由社工師評估)

7-1 家庭評估：

(1)家庭圖：

(2)家庭動力評估：

- I. 主要決策者：本人 配偶 子女 父 母 手足 其他_____
- II. 家庭的決策方式：家庭討論 主要決策者決定 其他_____
- III. 主要決策者對手術的支持度：高度支持 支持 猶疑中
- IV. 支持
- V. 到場家屬的互動觀察：熱絡 冷漠

7-2 個案現況：

- 生活作息：規律 不規律
- 就業中：是，職業：_____ 否
- 就學中：是，學校：_____ 否

是否能獨力照顧助聽器：是 否

7-3 協同照顧能力評估(如無協同照顧者則免填)：

協同照顧者(稱謂)：_____

對已有助聽器的照顧方式、聽損以及口語復健的態度：可配合 無配合意願

替代照顧人力安排：有 無

7-4 社會資源評估：

(1)政府補助

有，來源_____

無

(2)連結民間資源申請

有，來源_____

無

(3)其他(含親屬協助)：_____

7-5 對人工電子耳認知：

(1)了解手術的原因：是 否

(2)核對電子耳的認知：非常了解 部分了解 不了解

(3)對手術期待術後須達到何種聽說能力的期待：_____

8. 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_____

8-1 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

8-2 臨床心理師評估(請擇一評估)：

(1)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)

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_____

使用工具/量表(自選)：_____

該工具/量表之指標分數：_____

結果摘要：_____

不需要

需要：立即 _____ (月/年)後追蹤

(2)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：_____

不需要

需要：立即 _____ (月/年)後追蹤

(3)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：_____

不需要

需要：立即 _____ (月/年)後追蹤

9. 其它：_____

四、評估結果

術前評估結果【本評估報告書建議之輔具需經主管機關核定通過後方可執行】(由醫師填寫)

建議手術，補充說明：_____

-

不建議手術，原因：_____

-

評估單位：_____

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

輔具項目編號

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，未來將視個案之學習狀況再行調整。

| 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：_____

完成填表日期：中華民國_____年_____月_____日