



## 1. Информация о пациенте

|                                                                                                                                                                               |                               |                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Имя: <input type="text"/>                                                                                                                                                     | Фамилия: <input type="text"/> | Пол: Мужской <input type="checkbox"/> Женский <input type="checkbox"/> Другое <input type="checkbox"/> |
| Возраст: 5-10 <input type="checkbox"/> 11-17 <input type="checkbox"/> Дети младше 5 лет <input checked="" type="checkbox"/> Направление к специалисту по здоровью слуха и уха |                               |                                                                                                        |
| Телефон: <input type="text"/>                                                                                                                                                 | Адрес: <input type="text"/>   |                                                                                                        |

## 2. Беседа в рамках последующего сопровождения Если речь идет о ребенке младшего возраста, привлечите к участию опекуна.

**Впечатления от использования слуховых аппаратов и уровень комфорта** Отметьте нужную графу в том столбце, который соответствует сроку проведения консультации в рамках последующего сопровождения.

| Спросите: Комфортно ли тебе пользоваться слуховыми аппаратами?    | 2 недели                 |                          | 2 месяца                 |                          | 1 год                    |                          | Следующий шаг                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                   | Да                       | Нет                      | Да                       | Нет                      | Да                       | Нет                      |                                                                                                 |
|                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Если Да и ребенок/опекун доволен своим опытом → Продолжайте                                     |
| Спросите: Как тебе понравилось пользоваться слуховыми аппаратами? |                          |                          |                          |                          |                          |                          | Если Нет и/или ребенок/опекун сталкивается с проблемами → Запишите ответ в разделе «Примечания» |

**Длительность использования слуховых аппаратов** Отметьте нужную графу, чтобы выбрать один ответ.

| Спросите: Вспомни, как часто ты пользовался/пользовалась слуховыми аппаратами в последние две недели. Сколько часов в день ты пользовался/пользовалась своими слуховыми аппаратами в обычные дни? | 2 недели                 | 2 месяца                 | 1 год                    | Следующий шаг                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Ни одного                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Во всех таких случаях → Спросите о причине и запишите ответы в разделе «Примечания» |
| Менее 1 часа в день                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| 1-4 часа в день                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |
| 4-8 часов в день                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Во всех таких случаях → Продолжайте                                                 |
| Более 8 часов в день                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                     |

## Проверка слуха

| Уточните: Отметьте каждый из звуков Линга, услышанных ребенком. | 2 недели<br>Покажите опекуну ребенка, как проводится такая проверка                                                                                                        | 2 месяца<br>Попросите опекуна провести эту проверку                                                                                                                        | 1 год<br>Проведите очную проверку слуха                                                                                                                                    | Следующий шаг                                                                                                                                                              |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                 | aa (ah) <input type="checkbox"/><br>ii (ee) <input type="checkbox"/><br>oo <input type="checkbox"/><br>ш (sh) <input type="checkbox"/><br>cc (ss) <input type="checkbox"/> | aa (ah) <input type="checkbox"/><br>ii (ee) <input type="checkbox"/><br>oo <input type="checkbox"/><br>ш (sh) <input type="checkbox"/><br>cc (ss) <input type="checkbox"/> | aa (ah) <input type="checkbox"/><br>ii (ee) <input type="checkbox"/><br>oo <input type="checkbox"/><br>ш (sh) <input type="checkbox"/><br>cc (ss) <input type="checkbox"/> | aa (ah) <input type="checkbox"/><br>ii (ee) <input type="checkbox"/><br>oo <input type="checkbox"/><br>ш (sh) <input type="checkbox"/><br>cc (ss) <input type="checkbox"/> |

|                                                                   |                             |                             |                             |  |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
|                                                                   | ММ <input type="checkbox"/> | ММ <input type="checkbox"/> | ММ <input type="checkbox"/> |  |
| <b>Примечания</b> <i>Задокументируйте ответы в разделах ниже.</i> |                             |                             |                             |  |
| <b>2 недели:</b>                                                  |                             |                             |                             |  |
| <b>2 месяца:</b>                                                  |                             |                             |                             |  |
| <b>1 год:</b>                                                     |                             |                             |                             |  |

### 3. План последующего сопровождения

Используйте эту часть Формы в качестве ориентира для того, чтобы совместно с ребенком и/или опекуном определить ближайшие шаги. Предложите опекунам вновь обращаться в вашу службу в любой момент, если у их ребенка возникнут какие-либо трудности со слухом или слуховыми аппаратами.

**Две недели или два месяца** Отметьте нужную графу в том столбце, который соответствует сроку проведения консультации в рамках последующего сопровождения.

| Спросите: Ребенок...                                          | 2 недели                 |                          | 2 месяца                 |                          | Следующий шаг                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|---------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                               | Да                       | Нет                      | Да                       | Нет                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| удовлетворен своими слуховыми аппаратами?                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <p><b>Ответ Да на все вопросы → Ребенок получает все возможные преимущества от использования слуховых аппаратов.</b></p> <p>Запланируйте следующую проверку в рамках последующего сопровождения.</p> <p><b>Ответ Нет на любой из вопросов → Ребенок получает не все преимущества.</b> Сверьтесь с примечаниями и таблицей по решению проблем. Если это не поможет, организуйте очную консультацию, чтобы провести проверку здоровья ушей и проверить исправность устройства.</p> <p><b>Если решить проблему не удалось →</b> Обсудите это со своим наставником и при необходимости  направьте ребенка на консультацию к специалисту по здоровью слуха и уха.</p> |
| использует свои слуховые аппараты более четырех часов в день? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| слышит 5-6 звуков Линга?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Дата последующей проверки:</b>                             |                          |                          |                          |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

| Шесть месяцев (только слуховой аппарат) Попросите опекуна через шесть месяцев принести слуховые аппараты на проверку. |                                                                                   |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Проверьте:                                                                                                            | Да                                                                                | Нет                      | Следующий шаг                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Оба ли аппарата чистые и работают надлежащим образом?                                                                 | <input type="checkbox"/>                                                          | <input type="checkbox"/> | <p><b>Если Да</b> → Запланируйте повторную оценку потребностей через год</p> <p><b>Если Нет</b> → Очистите слуховые аппараты и замените любые износившиеся или поврежденные детали. Если это не поможет, обсудите решение со своим наставником и при необходимости ↗ отправьте слуховой аппарат производителю.</p> |
| Дата последующей проверки:                                                                                            |  |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

| Один год Проведите проверку здоровья ушей и слуха. При необходимости скорректируйте настройки. |                                                                                     |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Спросите: Ребенок...                                                                           | Да                                                                                  | Нет                      | Следующий шаг                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| доволен своими слуховыми аппаратами?                                                           | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/> | <p><b>Ответ Да на все вопросы</b> → Ребенок <b>получает все возможные преимущества от использования слуховых аппаратов</b>. Обеспечьте повторную оценку потребностей через год (повторите проверку здоровья ушей и проверку слуха).</p> <p><b>Ответ Нет на любой из вопросов</b> → Ребенок <b>получает не все преимущества</b>. Сверьтесь с примечаниями и таблицей по решению проблем.</p> <p><b>Если решить проблему не удалось,</b> → Обсудите это со своим наставником и при необходимости ↗ направьте ребенка на консультацию к специалисту по здоровью слуха и уха.</p> |
| использует свои слуховые аппараты более четырех часов в день?                                  | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| слышит 5-6 звуков Линга?                                                                       | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>Проверка устройства:</b><br>Слуховые аппараты чистые и работают надлежащим образом.         | <input type="checkbox"/>                                                            | <input type="checkbox"/> | <p><b>Если Да</b> → Никаких действий не требуется.</p> <p><b>Если Нет</b> → Очистите слуховые аппараты и замените любые износившиеся или поврежденные детали. Если это не поможет, обсудите решение со своим наставником и при необходимости отправьте слуховой аппарат производителю.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Дата последующей проверки:                                                                     |  |                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |

| Таблица по решению проблем Если пользователь не удовлетворен предложенными возможными решениями, обсудите это со своим наставником. |                                                                             |                                                                                                                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Проблема                                                                                                                            | Возможные причины                                                           | Возможные решения                                                                                                  |
| <b>Обратная связь или свистящий звук из слухового аппарата</b>                                                                      | В момент надевания слухового аппарата установлена слишком высокая громкость | Перед тем как надеть слуховой аппарат, установите громкость самый низкий уровень. Повышайте громкость постепенно.  |
|                                                                                                                                     | Проблема с подбором ушного вкладыша                                         | Проверьте, подходит ли вкладыш по размеру и правильно ли он располагается в ухе. При необходимости скорректируйте. |
|                                                                                                                                     | Поврежденный/грязный ушной крючок/ушной вкладыш.                            | Очистите/замените ушной крючок/вкладыш/звуководную трубку.                                                         |

|                                                                                                   |                                                                   |                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                   | Слуховой проход заблокирован ушной серой                          | Осмотрите ухо пользователя изнутри с помощью отоскопа. При необходимости проведите промывание уха.                                                                                            |
| <b>Боль в ухе</b>                                                                                 | Проблема с подбором ушного вкладыша                               | Проверьте посадку вкладыша. При необходимости поменяйте размер ушного вкладыша.                                                                                                               |
|                                                                                                   | Поврежденный ушной вкладыш                                        | Проверьте ушной вкладыш. При необходимости замените его.                                                                                                                                      |
|                                                                                                   | Проблема со здоровьем ушей                                        | Проведите проверку здоровья ушей.                                                                                                                                                             |
| <b>Слуховой аппарат/аппараты все время выпадают из уха</b>                                        | Неправильное надевание слухового аппарата                         | Убедитесь в том, что пользователь правильно надевает слуховой аппарат. При необходимости скорректируйте технику.                                                                              |
|                                                                                                   | Неправильно подобран размер ушного вкладыша                       | Проверьте, подходит ли ушной вкладыш по размеру. Когда ребенок растет, ушной вкладыш может перестать подходить ему по размеру, а звуководная трубка может оказаться коротка.                  |
| <b>Дискомфорт из-за слишком громких звуков</b>                                                    | Очень сильный шум в окружающей среде                              | Порекомендуйте пользователю снимать слуховые аппараты в очень шумной среде, например, на стройплощадке или на заводе.                                                                         |
|                                                                                                   | В слуховом аппарате установлен слишком высокий уровень громкости  | Порекомендуйте пользователю снизить громкость до комфортного уровня.                                                                                                                          |
| <b>Трудности с восприятием разговоров</b>                                                         | Фоновый шум в окружающей среде                                    | Предложите пользователю рекомендации по улучшению слуха в шумной среде. Рассмотрите возможность рекомендовать пользователю систему с индивидуальными удаленными микрофонами (при ее наличии). |
|                                                                                                   | Проблема со слуховыми аппаратами                                  | Проверьте слуховые аппараты. Изучите предлагаемые решения для проблемы «слуховой аппарат стал хуже повышать громкость звуков».                                                                |
| <b>Слуховой аппарат не работает / иногда не работает либо стал хуже повышать громкость звуков</b> | Слуховой аппарат выключен                                         | Чтобы включить слуховой аппарат, убедитесь, что батарейка вставлена правильно, а крышка отсека для батареек закрыта.                                                                          |
|                                                                                                   | Батарейка разряжена                                               | При необходимости замените батарейку.                                                                                                                                                         |
|                                                                                                   | Слуховой аппарат грязный                                          | Очистите слуховой аппарат, ушной вкладыш и/или отсек для батареек.                                                                                                                            |
|                                                                                                   | Ушной вкладыш поврежден                                           | При необходимости замените ушной вкладыш/звуководную трубку.                                                                                                                                  |
| <b>Плохая слышимость при использовании телефона</b>                                               | Телефон закрывает слуховой аппарат                                | Посоветуйте воспользоваться громкой связью, либо расположить телефон на расстоянии двух сантиметров от слухового аппарата.                                                                    |
|                                                                                                   | Громкость настроена на слишком высоком или слишком низком уровне. | Отрегулируйте громкость слухового аппарата в соответствии с необходимостью.                                                                                                                   |