

.....
pieczęć placówki medycznej

**Karta badania laryngologicznego dziecka/ucznia ubiegającego się
o kształcenie specjalne ze względu na niepełnosprawność narządu słuchu
(wypełnia lekarz laryngolog / audiolog / foniatra)**

1. Imię i nazwisko dziecka/ ucznia

2. Data i miejsce urodzenia

3. PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

4. Adres zamieszkania

.....

5. Wiek, w którym nastąpiła utrata (osłabienie) słuchu u dziecka

6. Diagnoza (aktualny stan słuchu, stopień ubytku słuchu i poziom w dB):

ucho prawe.....

.....

ucho lewe

.....

7. Typ niedosłuchu

8. Opis przebiegu choroby i dotychczasowego leczenia

.....

.....

.....

.....

.....

.....

9. Operacje laryngologiczne /otolaryngologiczne

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. Pacjent jest dzieckiem (właściwe podkreślić):

- a) słabosłyszącym;
- b) niesłyszącym;
- c) prawidłowo słyszącym.

11. Czy nosi aparat słuchowy (jeżeli tak, to od kiedy)?

.....
.....
.....

12. Czy uczeń wymaga środków pomocniczych, dostosowanych warunków pracy i nauki, jakich? (np. aparat słuchowy, system FM, określone miejsce siedzenia w klasie, inne):

.....
.....
.....
.....

13. Zalecane warunki poprawiające efektywność uczenia się, funkcjonowanie w szkole, czy w przedszkolu

.....
.....
.....
.....

14. Formy usprawniania / inne zalecenia dotyczące nauki

.....
.....
.....
.....
.....
.....

15. Wyniki badań audiologicznych, w załączeniu:

- Audiogram tonalny;
- Tympanogram;
- ABR
- Inne

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis laryngologa/ audiologa