

Письмо о направлении к аудиологу

ФИО ребёнка: _____ Дата рожд.: _____

Уважаемые родители/опекун:

Наша школа проводит скрининг слуха в соответствии с требованиями, разработанными Департаментом здравоохранения штата Миннесота. Слух вашего ребенка был проверен ____/____/____ и повторно ____/____/____.

- Во время проверки слуха ваш ребенок реагировал не на все звуки. Результаты показаны в приведённой ниже таблице:

Pure Tone Audiometry – Right Ear	Initial Screen	Rescreen
500 Hz, 25 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
1000 Hz, 20 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
2000 Hz, 20 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
4000 Hz, 20 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
6000 Hz, 20 dB (ages 11 and up)	PASS/REFER	PASS/REFER
Pure Tone Audiometry – Left Ear	Initial Screen	Rescreen
500 Hz, 25 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
1000 Hz, 20 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
2000 Hz, 20 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
4000 Hz, 20 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
6000 Hz, 20 dB (ages 11 and up)	PASS/REFER	PASS/REFER

- Эти результаты показывают, что ваш ребёнок может иметь проблемы со слухом
 - Пожалуйста, отведите вашего ребенка в вашу клинику или к аудиологу (специалисту по слуху), чтобы проверить его слух
 - Если ваш ребенок уже получает помощь в связи с проблемами слуха, или если вам нужна помощь в поиске специалиста, сообщите об этом школьной медсестре
 - Передайте это письмо с результатами проверки слуха в школе в клинику или аудиологу, который будет проводить проверку слуха
 - Если у вас есть вопросы или вам нужно связаться с клиникой, свяжитесь с нами
-

HEARING REFERRAL LETTER

Health Care Provider, please complete this form.

Child's Name: _____ Date of Birth: _____

School Name: _____

Provider comments:

I have examined this child on ____/____/____ and find the following:

MEDICAL:

- Hearing (circle): PASS or REFER
- Medically treatable
- Not medically treatable
- Outer Ear
- Middle Ear
- Inner Ear
- Refer to Audiology

AUDIOLOGICAL:

- Normal Hearing
- Conductive Hearing Loss
- Mixed Hearing Loss
- Sensorineural Hearing Loss
- Refer to Physician
- Amplification Evaluation

Further Comments: _____

Further Comments: _____

Recommendations to support learning in the school environment: _____

Recommendations to support learning in the school environment: _____

Child should return for follow up examination on _____

Provider Name/Title: _____

Contact Information: _____

Schools nurse or health staff fill out this section below before sending home.

Please have the parent return this form to the school or you can return this to:

School Nurse Name: _____

Phone: _____

Address: _____

Email: _____

HEARING REFERRAL LETTER

Министерство здравоохранения Миннесоты
Программа медосмотров детей и подростков
651-201-3650
health.childteencheckups@state.mn.us
www.health.state.mn.us

12/2023

Для получения этой информации в другом формате звоните: 651-201-3650.