

Giấy Chuyển Tuyến Khám Thính Lực

Tên Trẻ: _____ Ngày sinh: _____

Kính Gửi Quý Phụ Huynh/Người Giám Hộ:

Trường học của chúng tôi cung cấp dịch vụ kiểm tra thính lực theo hướng dẫn do Sở Y Tế Minnesota lập. Chúng tôi đã khám thính lực cho con quý vị vào ____/____/____ và khám lại vào ngày ____/____/____.

- Trẻ không phản ứng với tất cả âm thanh trong quá trình khám. Vui lòng tham khảo bảng dưới đây.

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

- Kết quả trên cho biết con quý vị có thể bị khó nghe.
- Vui lòng đưa con quý vị đến phòng khám và/hoặc gặp bác sĩ thính học (bác sĩ thính giác) để kiểm tra thính lực.
- Nếu trẻ đang được chăm sóc về các vấn đề thính giác hoặc nếu quý vị cần trợ giúp để tìm nhân viên y tế, xin vui lòng thông báo cho điều dưỡng của trường học.
- Vui lòng đưa giấy này kèm kết quả khám thính lực của trường học cho phòng khám và/hoặc bác sĩ thính giác phụ trách.
- Vui lòng liên hệ với chúng tôi nếu quý vị có thắc mắc hoặc cần kết nối với phòng khám.

▪ _____

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

Further Comments:

Recommendations to support learning in the school environment:

AUDIOLOGICAL:

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

Further Comments:

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

This templated form was developed by MDH for use in schools.

Sở Y Tế Minnesota

Khám Sàng Lọc Tổng Quát cho Trẻ Em và Thanh Thiếu Niên

651-201-3650

health.childteencheckups@state.mn.us

www.health.state.mn.us

12/2023

Để nhận mẫu đơn này ở định dạng khác, vui lòng gọi: 651-201-3650.