

QUESTIONARIO AUDIOLOGICO

Da sottoporre ai genitori dei bambini nel corso del 4° bilancio di salute (8°-9° mese \pm 15 giorni)

A. Test precedenti

1. Vostro figlio è stato sottoposto al test delle otoemissioni acustiche in epoca neonatale?
 Sì
 No
 Non so

2. Se è stato sottoposto al test delle otoemissioni acustiche, qual è stato il risultato?
 Test superato
 Test superato ma inviato al secondo livello per la presenza di fattori di rischio
 Test non superato ed inviato al secondo livello per approfondimenti

3. Se è stato inviato al secondo livello (anche se non è stato sottoposto al test delle otoemissioni acustiche), qual è stato il risultato?
 Non è stato riscontrato alcun problema uditivo
 Non è stato riscontrato alcun problema uditivo ma sono ancora in corso accertamenti per la presenza di fattori di rischio
 E' stato riscontrato un possibile problema uditivo e sono ancora in corso accertamenti
 E' stato riscontrato un problema uditivo e sono stati presi provvedimenti (es.: protesi acustica)

Se al bambino è stato riscontrato un problema uditivo, anche solo possibile, ed è seguito per tale motivo al secondo livello da un audiologo, otorinolaringoiatra o altro specialista, fermarsi qui e non proseguire nella compilazione del questionario.

B. Fattori di rischio

1. Nelle vostre famiglie qualcuno ha mai avuto problemi di udito da bambino?
 SÌ
 NO
 NON SO

2. Durante la gravidanza, il parto o subito dopo la nascita ci sono stati problemi quali infezioni materne, prematurità, basso peso neonatale, basso punteggio di Apgar, trasfusioni o riscontro di malformazioni dell'orecchio?
 SÌ
 NO
 NON SO

3. In questi primi mesi di vita vostro figlio ha sofferto di otiti ricorrenti, ha manifestato secrezione purulenta da uno o entrambi gli orecchi o ha avuto la meningite?
 SÌ
 NO
 NON SO

4. In questi primi mesi di vita a vostro figlio è stata diagnosticata una malattia o una condizione che determina un ritardo nello sviluppo psicomotorio?

- SÌ
- NO
- NON SO

C. Abilità funzionali

1. Il vostro bambino reagisce ai suoni/rumori tipici del suo ambiente?

- SÌ
- NO

2. Il vostro bambino sembra rispondere meno ai suoni/rumori rispetto a quando era più piccolo?

- SÌ
- NO

3. Il vostro bambino sembra rispondere ai suoni/rumori voltandosi preferenzialmente da un lato?

- SÌ
- NO

4. Il vostro bambino si accorge della vostra voce se siete in un'altra stanza?

- SÌ
- NO

Tradotto e modificato da:

www.cms-kids.com/providers/early_steps/training/documents/parent_interview_protocol.pdf