

فرم بررسی و ارسال نمونه جهت بررسی ناشنوایی

مشخصات مرکز/پزشک ارسال کننده نمونه			
فرستنده:	کد:	تلفن:	
استان:	شهر:	شماره پرونده:	تاریخ:
پزشک درخواست کننده (و نظام پزشکی):		آزمایش درخواستی:	
مشخصات نمونه/بیمار			
نام و نام خانوادگی:	تاریخ تولد:	محل تولد:	جنسیت:
نسبت فامیلی والدین:	<input type="checkbox"/> نمونه مربوط به یک فرد علامت دار/ بیمار می باشد <input type="checkbox"/> نمونه مربوط به یک فرد علامت دار/ بیمار نمی باشد <input type="checkbox"/> ناشنوا نمی باشد و مایل به بررسی وضعیت ناقل بودن می باشد		
مشخصات بالینی (در صورت علامت دار/بیمار بودن موارد زیر پر شود)			
- نوع ناشنوایی:	<input type="checkbox"/> یک طرفه	<input type="checkbox"/> دو طرفه	<input type="checkbox"/> پیشرونده
	<input type="checkbox"/> conductive	<input type="checkbox"/> sensorineural	<input type="checkbox"/> Non-specific
- شروع ناشنوایی از سن:	شدت ناشنوایی: <input type="checkbox"/> خفیف <input type="checkbox"/> متوسط <input type="checkbox"/> شدید		
علائم همراه:			
مشکل قلبی:			
مشکل بینایی:			
چهره دیسمورفیک:			
مشکل کلیوی:			
غیره:			
لطفا در صورت انجام ABR، آن را ضمیمه کنید.			

لطفا شجره خانواده رسم شود. (الزامی است): لطفا فردی که نمونه آن ارسال شده را با فلش مشخص کنید. افراد مبتلا را با ● و یا ■ مشخص کنید.