

PRESIDIO OSPEDALIERO SAN FRANCESCO - NUORO
UNITÀ OPERATIVA DI OTORINOLARINGOIATRIA
UNITÀ OPERATIVA DI PEDIATRIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE
SCREENING UDITIVO PER NEONATI

COGNOME E NOME _____ SESSO _____ DATA DI NASCITA _____

REPARTO DI PROVENIENZA _____

VISITA NEONATALE: ☐ nella norma ☐ anormale _____

PESO ALLA NASCITA _____ ETÀ GESTAZIONALE _____

FATTORI DI RISCHIO PER DEFICIT UDITIVO NEONATALE:

- ☐ ricovero in NICU > 5gg ☐ ventilazione assistita
- ☐ assunzione di farmaci ototossici (gentamicina, tobramicina, diuretici dell'ansa)
- ☐ iperbilirubinemia con exanguinotrasfusione ☐ infezioni intrauterine (TORCH)
- ☐ malformazioni cranio-facciali (padiglione, CUE, appendici preauricolari, anomalie osso temporale)
- ☐ anomalie (es. ciuffo di capelli bianchi) _____
- ☐ colture positive per infezioni post-natali (meningite batterica e virale)
- ☐ traumi cranici?
- ☐ sofferenza alla nascita (Apgar.....)
- ☐ malattie ereditarie/malattie cromosomiche/sindromi associate a perdite uditive
- ☐ familiarità per ipoacusia
- ☐ altre patologie _____

Data _____ Il Pediatra Dr. _____

ORECCHIO DESTRO

ORECCHIO SINISTRO

OTOSCOPIA (padiglione auricolare,
membrana timpanica, CUE):

- ☐ Nella norma
- ☐ Anormale

OAE

- ☐ Presente
- ☐ Assente

OTOSCOPIA (padiglione auricolare,
membrana timpanica, CUE):

- ☐ Nella norma
- ☐ Anormale

OAE

- ☐ Presente
- ☐ Assente

ESAME ESEGUITO IN DATA _____ DA _____

NECESSITA DI ULTERIORE CONTROLLO _____ Dr. _____

PRESIDIO OSPEDALIERO S.FRANCESCO

UNITÀ OPERATIVA DI OTORINOLARINGOIATRIA

DIRETTORE: Dr. C.L. PELAGATTI

UNITÀ OPERATIVA DI PEDIATRIA E TERAPIA INTENSIVA NEONATALE

DIRETTORE: Dr. A. CUALBU

SCREENING Uditivo PER NEONATI

Consenso all'esecuzione del test con OAE

Paziente _____

Cari Genitori,

al fine di assicurare la più completa assistenza a vostro figlio/a abbiamo organizzato un programma di valutazione della funzionalità uditiva. L'esame che verrà effettuato durante la degenza nel nostro reparto, consiste nella registrazione delle emissioni acustiche mediante un piccolo auricolare.

Tale indagine ha carattere di "screening", ossia individua in fase estremamente precoce neonati con sospetta patologia uditiva, consentendo di escludere nella maggior parte dei casi deficit uditivi congeniti, anche se vi è una minima percentuale di falsi negativi. Esso è di facile esecuzione e non comporta disagi per il bambino.

In caso di risultato "dubbio" verrà ripetuto presso il nostro ambulatorio entro un mese dalla dimissione.

I dati verranno utilizzati in conformità alle disposizioni in tema di Privacy.

Fiduciosi della vostra collaborazione, siamo a disposizione per ulteriori chiarimenti.

Acconsentiamo alla partecipazione di nostro/a figlio/a al programma di screening audiologico.

Non acconsentiamo alla partecipazione di nostro/a figlio/a al programma di screening audiologico.

Data _____

Il Medico di Reparto _____

Timbro e Firma