

“听力重建 启聪行动”

人工耳蜗捐赠项目

# 申请表

听障儿童姓名：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

填表日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

中国听力语言康复研究中心印制

# 知情告知

申请人工耳蜗救助之前须仔细阅读以下内容，并签署知情同意书。

1、“听力重建 启聪行动”人工耳蜗捐赠项目是自2005年以来，台塑关系企业持续向中国残疾人福利基金会捐赠的人工耳蜗项目。捐赠产品为澳大利亚科利耳公司产品，产品型号在中国听力语言康复研究中心官方网站公布（网址：<http://www.hearingkids.com.cn/jzfw.htm>）。

了解项目内容可以通过：（1）拨打中国听力语言康复研究中心项目办公室咨询电话010-84642990\4001033313咨询；（2）向当地残联、聋儿康复中心或项目定点医院耳鼻喉科咨询。

## 2、申请流程

(1) **填写申请表**：请用蓝色或黑色签字笔、钢笔填写。提交的材料要真实，如经查实材料有虚假，将被取消申请资格。

(2) **提交申请材料**：可以通过邮寄提交，邮寄地址：北京市朝阳区惠新里甲8号--中国听力语言康复研究中心项目办公室100029；也可以直接递交到中国听力语言康复研究中心项目办公室；**申请材料接收后将不予退还，请自行备份留存。**

(3) **审核申请材料**：申请材料齐全后予以评审。由项目办公室组织专家初次评审基本符合申请条件的，再提交台湾捐赠方专家审核。

(4) **审核结果公告**：审核结果公布在中国听力语言康复研究中心官方网站，网址：<http://www.hearingkids.com.cn/jzfw.htm>；

(5) **手术和开机**：捐赠方评审通过后，项目办公室通知申请者到定点医院做术前检查，检查结果符合项目筛选条件，即可获得产品捐赠，接受植入手术和开机。

(6) **术后康复**：开机后，受助儿童到协议定点康复机构接受康复训练。

(7) **产品售后服务**：产品使用过程中的任何问题请与科利耳公司客服联系。

## 3、申请需要做好以下准备：

(1) 提供真实有效的申请材料（如：身份证、经济收入证明、各项检查结果等）。

(2) 家庭有能力承担人工耳蜗产品之外的其他费用。

(3) 要详细了解人工耳蜗植入术的风险及手术禁忌症。

(4) 要重视人工耳蜗植入后康复的重要性。监护人可在全国定点康复机构中自主选择确定其中1家并签订协议，凡申请人工耳蜗捐赠的孩子需在康复机构至少接受一年的康复训练，并配合项目长期术后跟踪评估，不得以任何理由拒绝接受康复训练。申请家庭要有专人陪伴孩子配合康复机构的康复训练。

(5) 家长要对术后康复效果有适当的期望值。术后康复效果与多种因素有关，如患者听力损失程度、术前及术后康复训练情况、家长配合程度、孩子智力水平和个体差异等，因此，如短期康复效果未能达到预期目标，应有心理准备并坚持长期的康复训练。

## 知情同意书

我已经阅读知情告知内容，我自愿申请并做以下承诺：

- 我承诺自愿承担人工耳蜗植入手术风险；
- 我能够积极配合做好术后长期的康复训练，自愿选择确定在定点康复机构接受至少一年的康复训练，并配合项目的长期术后跟踪评估。
- 我对人工耳蜗术后康复效果已有适当的期望值，对术后康复效果如未能达到预期目标有心理准备。
- 我承诺无偿提供孩子评估结果及音像资料用于学术交流报告、项目宣传。
- 我自愿申请人工耳蜗捐赠项目，遵守项目的有关要求。

听障儿童姓名（申请者）： \_\_\_\_\_

法定监护人签字（申明人）： \_\_\_\_\_

签字日期： \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

# 人工耳蜗救助申请表

## 一、听障儿童一般情况：

听障儿童姓名		性 别	
出生年月日	年      月      日	民 族	
身份证号码			
户籍所在地			
现居住地址			
邮寄地址	户籍所在地 <input type="checkbox"/> 现居住地址 <input type="checkbox"/>		

## 二、家庭基本情况：

是否单亲：是     否

父亲姓名		职 业		文化程度	
工作单位				联系电话	
听力状况： 正常    异常(听力损失程度轻度    中度    重度)					
母亲姓名		职 业		文化程度	
工作单位				联系电话	
听力状况： 正常    异常(听力损失程度轻度    中度    重度)					
<b>共同生活的家庭其他成员信息</b>					
姓名	性别	与申请人关系		职业	

**家庭经济状况:**

1、家庭总人口数\_\_\_\_\_人, 家庭年人均收入\_\_\_\_\_元(总收入÷总人口数)

2、家庭承担能力

家庭无力承担耳蜗产品之外的任何费用

家庭有能力承担耳蜗产品之外的手术及调机、设备维护及康复费用

**三、病史:**

(一) 耳鼻咽喉科及口腔科检查情况

耳廓: 左耳: 正常  畸形 ; 右耳: 正常  畸形

耳道: 左耳: 正常  畸形 ; 右耳: 正常  畸形

鼓膜: 左耳: 正常  穿孔  充血 ; 右耳: 正常  穿孔  充血

耳科手术史: 有  无  唇裂: 有  无  腭裂: 有  无

(二) 孕产史及生长发育史

母孕期: 早孕感染史: 有  无

用药史: 有  药物名称: \_\_\_\_\_ 无

长期接触噪声史: 有  无  经常桑拿史: 有  无

长期接触有毒物质史: 有  无  外伤史: 有  无

个人史: 足月产  早产  顺产  难产  助产  引产  剖腹产

出生时缺氧 有  无  体重\_\_\_\_\_

生长发育是否正常 是  否  (\_\_\_\_\_)

既往疾病史: 传染病史 有  无  其他疾病史 有  无

遗传性耳聋史: 有  (与患者关系: \_\_\_\_\_) 无

是否为后天耳聋 否  是  (耳聋前是否有语言 有  无

其它发育障碍: 无  有  (  自闭症  智力  视力  肢体  其它\_\_\_\_\_)

先天性遗传疾病: 无  有  (\_\_\_\_\_)(请填写明病症名称)

重大伤病: 无  有  (\_\_\_\_\_)

足以影响术后正常成长/生活之症状: 无  有  (\_\_\_\_\_)

(三) 助听器使用情况

确诊耳聋时间: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 耳聋原因\_\_\_\_\_

是否配戴助听器: 否  是  (配戴耳: 左  右

初次配戴助听器的年龄: \_\_\_\_\_ 岁 \_\_\_\_\_ 个月;

助听器配戴时间: <3 个月  3—6 个月  6—12 个月  > 12 个月

(四) 目前康复状况及语言能力

康复方式：机构康复  (康复时间\_\_\_\_个月) 家庭训练  未接受康复

康复起始时间：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 至 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月

所在康复机构名称：\_\_\_\_\_

目前语言能力：简单交流  能说几个词  无任何语言

(五) 家庭对康复认识及术后期望值

家长是否接受过康复知识的培训：是  否

家长对手术植入风险是否已了解：是  否

家长对和术后康复的重要性是否已了解：是  否

家长对人工耳蜗植入后的期望值：能听到声音 能简单交流 能正常交流

家庭中是否有专人陪伴康复：有  (与儿童的关系\_\_\_\_\_ ) 无

四、拟选术后康复机构名称：\_\_\_\_\_

拟选手术区域：\_\_\_\_\_ (只填省份)

法定监护人签字：

日期：\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

五、听障儿童、法定监护人及其他共同居住成员户口簿（复印件）



文件  
粘贴处

六、法定监护人身份证（复印件）

（二代身份证正反两面均需复印）



文件  
粘贴处



## 七、家庭经济收入证明（原件）



家庭经济收入证明：在职人员需出具所在单位核准盖章的收入证明；无工作单位的由户籍所在街道办事处、乡镇政府、村委会出具收入证明。

八、术后康复机构接收证明（原件）



## 九、须提交的检查材料：

- 1、裸耳听力测试（左右耳分开测试）
- 2、助听听阈测试（左右耳分开测试）
- 3、听性脑干反应（ABR）测试
- 4、耳声发射（OAE）测试
- 5、颞骨 CT 报告（要求对内耳发育情况有描述）
- 6、林氏六音测试（申请表第 17 页）
- 7、听觉整合问卷（父母问卷）（申请表第 17 页）
- 8、听觉能力测试（申请表第 17 页）
- 9、言语能力测试（申请表第 17 页）
- 10、CAP 听觉行为分级（申请表第 18 页）
- 11、SIR 言语可懂度分级（申请表第 18 页）
- 12、希-内智力测试或格雷费斯测试（3 岁以上希-内，3 岁以下格雷费斯）（申请表第 19 页）
- 13、克氏孤独症量表得分（申请表第 19 页）
- 14、Conner 多动症量表得分（申请表第 19 页）
- 15、Rutter 儿童行为问卷得分（申请表第 19 页）

### 说明：

- 1、除第 5 和 12 项检测之外，其它均需提交 6 个月之内的检查结果。
- 2、请到定点手术医院和定点聋儿康复机构完成检查评估。
- 3、康复机构评估检查结果需盖康复机构公章。

1、裸耳听力测试（左右耳分开测试）



文件  
粘贴处

2、助听听阈测试（左右耳分开测试）



### 3、听性脑干反应（ABR）测试



#### 4、耳声发射（OAE）测试



5、颞骨 CT 报告（要求对内耳发育情况有描述）





## 6—9 项测试：听觉言语能力评估报告（1）

患者姓名：\_\_\_\_\_ 测试日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 评估人：\_\_\_\_\_

林氏六音觉察阈测试												
有察觉反应或能复述均在相应□中打√：												
m □		a □		u □		l □		sh □		s □		无察觉 □
听觉整合问卷（父母问卷）（It-mais）												
项目	1 项	2 项	3 项	4 项	5 项	6 项	7 项	8 项	9 项	10 项	总分	
分数												
听觉能力评估（封闭项测试）												
评估内容		测试记录（正确）—（错误）									最大识别率 得分（%）	
语 音 识 别	韵母识别											
	声母识别											
双音节词识别												
平均识别率得分												
言语能力评估（封闭项测试）												
评估内容		测试记录							语言年龄（岁）			
语法能力 （模仿句长）												
理解能力 （听话识图）												
交往能力 （主题对话）												
平均语言年龄 （岁）												
发音水平：发音清晰 <input type="checkbox"/> 能发音 <input type="checkbox"/> 不能发音 <input type="checkbox"/>												

## 10—11 项测试：听觉言语能力评估报告（2）

患者姓名：\_\_\_\_\_ 测试日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 评估人：\_\_\_\_\_

项目	分级	判别标准
CAP 听觉 行为 分级	<input type="checkbox"/> 7	能使用电话与熟悉的人进行沟通
	<input type="checkbox"/> 6	不借助唇读，即可与人沟通
	<input type="checkbox"/> 5	不借助唇读，即可理解常用的短句
	<input type="checkbox"/> 4	不借助唇读，能够辨别一些言语声
	<input type="checkbox"/> 3	能够辨识环境声音
	<input type="checkbox"/> 2	对语言声（例如：走、跑等）能够做出反应
	<input type="checkbox"/> 1	能够感知环境声音
	<input type="checkbox"/> 0	不能感知环境声音
级别		

项目	分级	判别标准
SIR 言语 可 懂 度 分 级	<input type="checkbox"/> 5	连贯言语可以被所有人听懂，在日常语境下儿童可以轻易听懂
	<input type="checkbox"/> 4	连贯言语可以被不具备聆听聋人言语经验的人听懂
	<input type="checkbox"/> 3	连贯言语需要听者集中注意力，并结合唇读方可被听懂
	<input type="checkbox"/> 2	连贯言语不易懂，听者主要是通过个别词语并借助语境和唇读提示来理解其言语
	<input type="checkbox"/> 1	连贯言语不易懂，只能识别个别单词，主要的交流方式是手语或手势
级别		

★请在听障儿童目前已达到级别划“√”

## 12—15 项测试：学习能力及精神行为发育测试报告

患者姓名：\_\_\_\_\_ 出生日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日 评估日期：\_\_\_\_年\_\_月\_\_日

评估机构：\_\_\_\_\_ 评估人：\_\_\_\_\_

希   内 学 习 能 力 测 验	测试项	智龄\学习年龄	测试结果	得分
	穿珠		中位数智龄	
	记颜色			
	辨认图		百分位数	
	联想			
	折纸		智商 / 学习能力商	
	短记忆力			
	摆方木			
	完成图			
格 雷 费 斯 智 力 测 验	测试项	智龄（月）	发育商	
	运动			
	手眼协调			
	操作			
	总计			
★说明：以上两项测试根据受试者年龄选做其一				
克氏孤独症行为量表得分				
Conner 多动症评价量表得分				
Rutter 儿童行为问卷得分				
行为观察描述：				

## 审批意见表

听障儿童姓名		出生日期	年    月    日
项目专家初审意见			
捐赠方专家复审意见			
备注			