

הנחיות:

מצורפות ארבע בדיקות שמיעה.

בחרי שתי בדיקות מתוכן, ועני על מספר שאלות.

עליך לענות עבור כל בדיקה בנפרד:

א. עליך לתאר למחנכת הכיתה של התלמיד/ה את הירידה בשמיעה

שלו ואת האפיונים העיקריים שלה. מה תגידי לה?

ב. מה את מבינה מהבדיקה באשר לשיקום שמיעתי המומלץ?

ג. היכן יהיה נכון להושיב את התלמיד/ה בכיתה הלימוד?

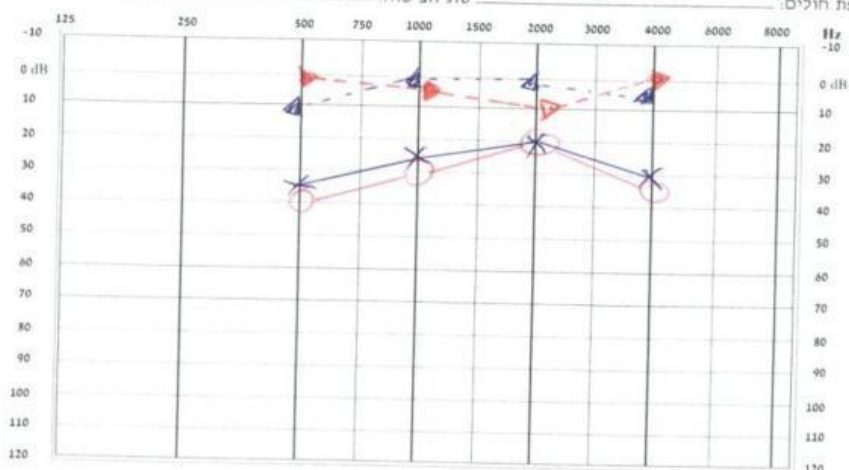
בהצלחה

תלמיד מספר 1



בדיקת שמיעה

שם משפחה: _____ פרטי: _____ טלפון: _____ תאריך: _____
 כתובת: _____ ישוב: _____ מיקוד: _____
 תאריך לידה: 4 ת.ז. _____ המפנה: _____ הבדוק: _____
 סוג הביטוח: _____ קופת חולים: _____



אנמנזה:

Speech Tests:

מבחני דיבור:

הבדיקה	אוזן ימין	MASK	אוזן שמאל	MASK	FF	AIDED
	ימין		שמאל			פגשירים
SRT	25-30		25-30			
DISC%						
dB	25-30					
MCL						
TOI						
שפת בדיקה:						שפת אם:
						אמינות:

הערות:

המלצות:

מקרא:

Tympanometry

הבדיקה	אוזן שמאל	אוזן ימין
car canal volume		
compliance		
pressure		
סט	B	B
ימין		
שמאל		

ילד בן 4 עם ירידה דו-ציידית קלה על רקע של נוזלים. מועמד לניתוח כפתורים.
 אך הרופא הציע להמתין עד הקיץ כדי לבצע בדיקת שמיעה נוספת לפני החלטה
 על ניתוח.

תלמיד מספר 2



בדיקת שמיעה

שם משפחה: _____ פרטי: _____

תאריך: _____ מיקוד: _____

תאריך לידה: _____ ת.ז. _____

קופת חולים: _____ סוג הביטוח: _____

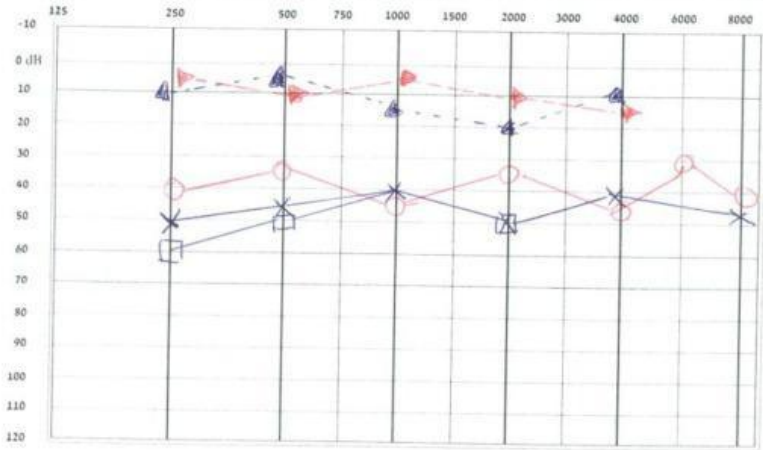
טלפון: _____

ישוב: _____

המפנה: _____

הבודק: _____

אנמנזה: _____



Speech Tests:

הבדיקה	אוזן ימין	MASK	אוזן שמאל	MASK	FF	AIDED
SRT	40		40-45			
DISC%	100		100			
dB	25		25			
MCL						
TOI						

שפת בדיקה: _____ שפת אם: _____

אמינות: _____

מבחני דיבור:

הערות: _____

המלצות: _____

מקרא:

הבדיקה	החלפת אוויר	החלפת אוזן	החלפת עיניים	החלפת עיניים	החלפת עיניים	החלפת עיניים
Insertion Gain	FF-FF	FF-FF	FF-FF	FF-FF	FF-FF	FF-FF
In.G	FF-FF	FF-FF	FF-FF	FF-FF	FF-FF	FF-FF

Tympanometry

car canal volume	compliance	pressure	סוג	ימין	שמאל
				AS	AS

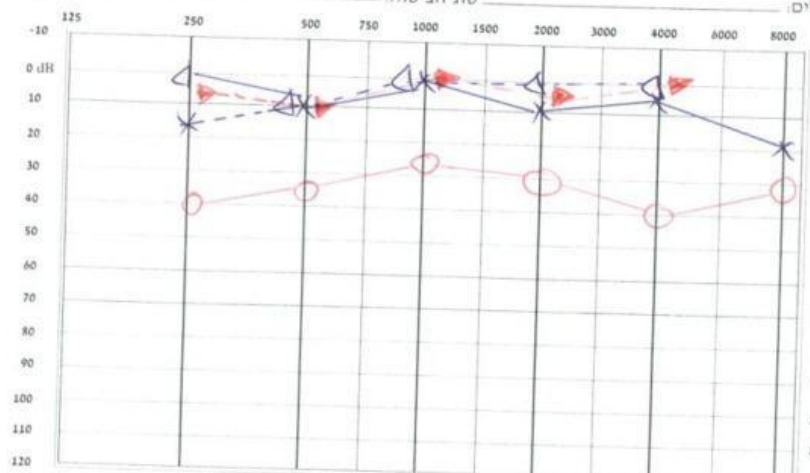
ילד בן 7 עם juvenile otosclerosis (הסתיידות וקיבוע של הארכובה) ירידת שמיעה הולכתית בינונית, הומלץ ניתוח stapedectomy (החלפת הארכובה בתותב), אך ההורים מעדיפים להמתין עד שהילד יגדל.

תלמידה מספר 3



בדיקת שמיעה

שם משפחה: _____ פרטי: _____ טלפון: _____ תאריך: _____
 כתובת: _____ ישוב: _____ מיקוד: _____
 תאריך לידה: _____ ת.ז. _____ המפנה: _____ הבדוק: _____
 סוג הביטוח: _____ קופת חולים: _____



אנמנזה: _____

Speech Tests: מבחני דיבור:

הבדיקה	אוזן ימין	MASK ימין	אוזן שמאל	MASK שמאל	FF	AIDED
SRT	35		10			
DISC%	100		100			
dB	70	50	45			
MCL						
TOL						

הערות: _____

המלצות: _____

שפת אס: _____ שפת בדיקה: _____
אמינות: _____

מקרא:

Free Field	Free Field	Free Field	Free Field	Free Field	Free Field	Free Field	Free Field	Free Field	Free Field
In-G	FF-FF	FF-FF	FF-FF	FF-FF	FF-FF	FF-FF	FF-FF	FF-FF	FF-FF
In-G	FF-FF	FF-FF	FF-FF	FF-FF	FF-FF	FF-FF	FF-FF	FF-FF	FF-FF

Tympanometry

car canal volume	compliance	pressure	סוג	ימין	שמאל
350			B		
0.60			A		

ילדה בת 11 עם חור בעור התוף באוזן ימין ודלקות מידי פעם. ירידה חד צידית קלה.
 ממתנינים שהאוזן תתייבש כדי לבצע ניתוח טימפנופלסטי לסגירת עור התוף.

תלמידה מספר 4



בדיקת שמיעה

שם משפחה: _____ פרטי: _____

טלפון: _____

כתובת: _____

תאריך לידה: _____ ת.ז. _____

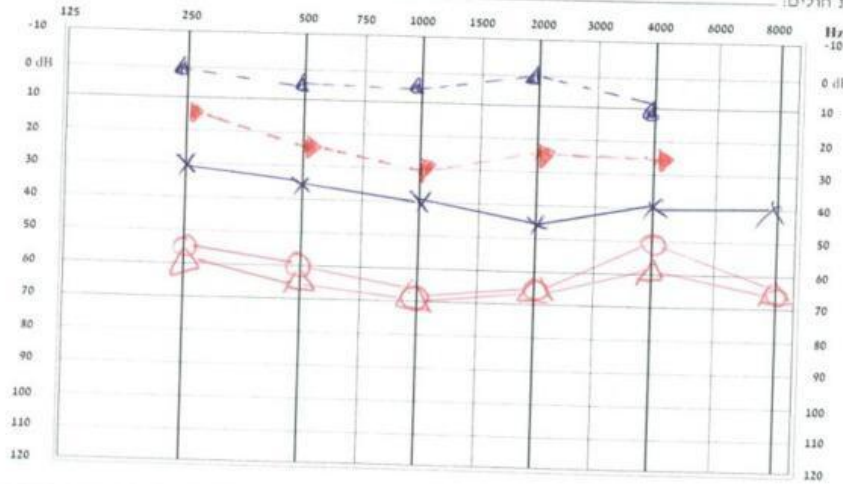
סוג הביטוח: _____

תאריך: _____

מיקוד: _____

הבודק: _____

קופת חולים: _____



אנמנזה: _____

Speech Tests:

הבדיקה	אוזן ימין	MASK ימין	אוזן שמאל	MASK שמאל	FF	AIDED
SRT	65	60	40			
DISC%	92.4		100			
dB	95	90	75			
MCL						
TOI						

טפת אס: _____

טפת בדיקה: _____

אמינות: _____

מבחני דיבור:

הערות: _____

המלצות: _____

מקרא:

הבדיקה	הולכת אוויר	הולכת עצם	הולכת עצם +	לא נשמע	Free Field	Insertion Gain
אוזן שמאל כחול	X-X	□-□	◀-◀	▼	FF-FF	In.G
אוזן ימין אדום	(H-I)	Δ-Δ	▷-▷	▼	FF-IF	In.G

Tympanometry

car canal volume	compliance	pressure	סוג	ימין	שמאל
3.5			B		
3.8			B		

ילדה בת 13 שעברה שני ניתוחים להסרת כולסטיאטומה באוזן ימין.
 בשמאל דלקת כרונית מפרישה עם חשד לכולסטיאטומה.
 בימין ליקוי שמיעה מעורב בינוני- חמור, בשמאל קל עד בינוני.