

RÖR I TRUMHINNAN

Operationsenkät

Personnummer: _____

Operationsbeslut (åååå-mm-dd): _____

Rörsättning (åååå-mm-dd): _____

Remitterad från annan enhet* Ja Nej

Om ja, datum (åååå-mm-dd)*: _____

Frågor markerade med * är obligatoriska.

Bakgrund

Operationsindikation*

- SOM med hörselnedsättning
 Recidiverande otit (rAOM)
 SOM+rAOM
 Annat

Har barnet haft rör tidigare?*

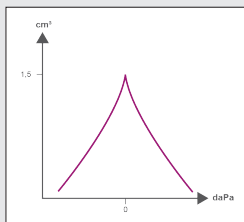
- Ja Nej Vet ej

Tympanometri utförd?*

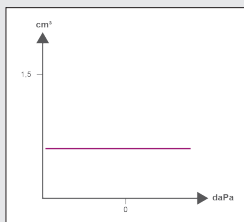
- Ja Nej Vet ej

Om ja, markera kurvtyp*:

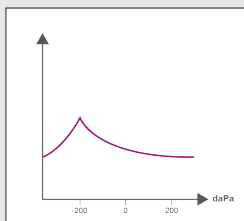
A



B



C



Hörselmätning

Hörselmätning utförd?*

- Ja Nej Vet ej

Om ja, datum för senaste hörselmätningen (åååå-mm-dd): _____

HÖGER ÖRA

TMV4 (0.5, 1, 2, 4 kHz) vid senaste audiogram _____ dB

eller

Ljudfältsmätning (lekaudiometri, AV-test) uppskattad nivå: _____

VÄNSTER ÖRA

TMV4 (0.5, 1, 2, 4 kHz) vid senaste audiogram _____ dB

eller

Ljudfältsmätning (lekaudiometri, AV-test) uppskattad nivå: _____

Operation

Rör höger:*

- Ja Nej

Rör vänster:*

- Ja Nej

Rörtyp:*

- Långt Kort

Samtidig abrasio:*

- Ja Nej