

“听力重建 启聪行动”人工耳蜗捐赠项目

申请表

(2022 年度)

听障儿童姓名: _____

出生日期: ____年__月__日

填表日期: ____年__月__日

知情告知

申请人工耳蜗救助之前须仔细阅读**知情告知**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年起，由台塑关系企业暨财团法人长庚纪念医院董事长王永庆先生向中国残疾人福利基金会捐赠，由中国听力语言康复研究中心负责组织实施的公益项目。

项目申请条件、申请流程、资助标准、捐赠人工耳蜗产品等信息可以通过中国听力语言康复研究中心官网、官方微信公众号发布的**项目公告**了解，也可拨打中国听力语言康复研究中心全国工作处咨询电话010-81937523咨询；关注中国听力语言康复研究中心官网、官方公众号可及时了解项目动态信息。

中国听力语言康复研究中心官方网站：hearingkids.com.cn

中国听力语言康复研究中心官方微信公众号二维码：



2、申请流程

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

(2)**提交申请材料**：通过邮寄提交，邮寄地址：北京市昌平区七北路49号—中国听力语言康复研究中心 全国工作处 010-81937523；也可以直接递交到中国听力语言康复研究中心全国工作处办公室；**申请材料接收后将不予退还，请自行备份留存。**

(3)**核申请材料**：中国听力语言康复研究中心成立项目专家评审组，按照“公开、公正、公平”的原则，依据本项目《人工耳蜗适应证筛选标准》，确定初筛对象，并将初筛对象申请材料报捐赠方审核。

(4)**审核结果公告**：审核结果在中国听力语言康复研究中心官方网站和官方微信公众号发布。

(5)**手术和开机**：审核结果公布后，中国听力语言康复研究中心按审核结果名单通知申请者到定点医院进行术前检查，检查结果符合项目复筛条件者，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，受助儿童需到定点康复机构进行康复训练，术后康复至少满一学年（10个月），并配合项目完成术后3年的康复追踪。

(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。

知情同意书

我已经阅读以上知情告知内容，自愿签署知情同意书，申请并做以下承诺：

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. 已了解人工耳蜗植入的风险及手术禁忌症，自愿承担人工耳蜗植入手术风险。
4. 能够积极配合做好人工耳蜗术后长期的康复训练，法定监护人能够确保听障儿童（申请者）在植入人工耳蜗后到定点康复机构接受至少一学年的康复训练，不以任何理由拒绝康复训练。
5. 能够配合项目长期术后跟踪评估，按照项目要求接受康复评估，提交听障儿童（申请者）康复满6个月、1年、2年、3年康复数据（含：听觉能力评估、言语能力评估、CAP、SIR、听觉整合问卷及康复走向）。
6. 对人工耳蜗术后康复效果有适当的期望值，对术后康复效果如未能达到预期目标有心理准备（知晓术后康复效果可能受多种因素影响，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）。
7. 愿意无偿提供听障儿童（申请者）评估结果及音像资料用于学术交流报告、公益项目宣传等。
8. 我自愿申请人工耳蜗捐赠项目，遵守项目的相关要求，如有违约行为，自愿承担相关责任。

听障儿童姓名（申请者）：_____

法定监护人签字并捺印（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)					
共同生活的家庭其他成员信息					
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 是 否

家庭有能力承担耳蜗产品之外的手术、调机、设备维护及康复费用 是 否

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

法定监护人签字并捺印：

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（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在街道办事处、乡镇政府、村委会出具收入证明。

八、定点康复机构接收证明（原件）



文件
粘贴处

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
- 7、听觉整合问卷（父母问卷）
- 8、听觉能力测试
- 9、言语能力测试
- 10、CAP 听觉行为分级
- 11、SIR 言语可懂度分级
- 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）
- 13、克氏孤独症量表得分
- 14、Conner 多动症量表得分
- 15、Rutter 儿童行为问卷得分

说明：

- 1、除第 5 和 12 项检测之外，其他均需提交 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）



文件
粘贴处

3、听性脑干反应（ABR）测试

文件
粘贴处

4、耳声发射（OAE）测试

文件
粘贴处

5、颞骨 CT 报告（要求对内耳发育情况有描述）

文件
粘贴处

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			