

“七彩梦行动计划”

## 聋儿（人工耳蜗）康复项目

# 申请表

听障儿童姓名：\_\_\_\_\_

出生日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

申报日期：\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

申报年龄：\_\_\_\_岁\_\_\_\_月\_\_\_\_日

\_\_\_\_\_省残疾人联合会印制

## 填报说明

一、此表适用于“七彩梦行动计划—聋儿（人工耳蜗）康复项目”申请者。

二、此表由听障儿童法定监护人和专业人员填写。

三、此表由十八项内容组成，具体填写要求说明如下：

- （一） 此表用蓝色、黑色签字笔或钢笔完整填写，表中各项内容如有缺项、漏项视为无效申请。
- （二） 此表要求如实填写，所提供材料真实有效，否则将被取消申请资格。
- （三） 第一和第二两项由听障儿童法定监护人根据自身情况如实填写，其中“家庭年人均收入”指家庭上年度总收入<sup>【1】</sup>除以家庭总人口。
- （四） 第三项由专业人员协助听障儿童法定监护人如实填写。
- （五） 第四至第八项由听障儿童法定监护人提供家庭户口、身份证、家庭收入证明<sup>【2】</sup>原件等，由项目工作人员对上述内容与原件进行核对、确认并签字后粘贴至指定位置，视为有效。
- （六） 第九至十八项由听障儿童法定监护人提供项目指定筛查机构或定点手术医院出具的检查结果，项目工作人员应对其进行核对、确认后粘贴至指定位置，核对签字有效。

说明：以填表日期计算，九至十三项要求提供6个月以内的检查结果；十六、十七项要求提供3个月内的检查结果，超过时间要求视为无效结果。

---

**【1】**家庭总收入包括四大部分：①工资性收入：包括工资及补贴收入、其他劳动收入。②经营性净收入：指家庭成员从事生产经营活动所得的净收入。③财产性收入：包括利息收入、股息与红利收入、保险收入、其它投资收入、出租房屋收入、知识产权收入。④转移性收入：包括养老金或离退休金、社会救济收入、辞退金、赔偿收入、保险收入、失业保险金、赡养收入、捐赠收入、亲友搭伙费、提取住房公积金、记账补贴、其他转移收入。

**【2】**家庭经济收入证明：在职人员需出具所在单位核准盖章并签字的收入证明；离退休人员和失业人员由退休金和失业救济金发放单位出具；无工作单位的由户籍所在街道办事处（乡镇政府）出具收入证明。

## 知情告知

在您决定是否申请人工耳蜗救助项目之前须仔细阅读以下内容，并签署知情同意书。

1、“七彩梦行动计划—聋儿（人工耳蜗）康复项目”是指中国残联组织实施的由政府捐助人工耳蜗的项目。了解项目内容可以通过：（1）省残联项目办公室、当地残联康复部、聋儿康复中心；（2）登陆网站：<http://www.hearingkids.org>；

### 2、申报审核流程

签署知情同意书 ⇨ 填写申请表 ⇨ 提交初筛材料 ⇨ 本省审核 ⇨ 定点医院复筛 ⇨ 确定受助资格并植入手术 ⇨ 康复安置

重点强调：在本省审核、复筛 2 个环节中任何 1 个环节未通过均不能接受救助。

### 3、申请需要做好以下准备：

- （1）提供真实有效的申请材料（如：照片、身份证、经济收入证明、各项检查结果等）。
- （2）家庭有能力承担与救助补贴之外的相关费用。
- （3）要详细了解人工耳蜗植入术的风险及手术禁忌症。
- （4）要了解人工耳蜗植入后调机的重要性以及调机的频次、费用。人工耳蜗植入术一个月后要在手术医院开机，开机后按专业人员要求进行调机，术后开机及 4 次调机免费，以后调机按当地收费标准付费。调机对于孩子的术后康复有非常重要的作用，原则上建议患者应在手术医院或有条件的康复机构进行术后调机。
- （5）要在术前选择确定康复机构。为了保障每位接受人工耳蜗救助的孩子得到科学、规范的康复服务，国家项目办公室在全国范围内选择确定了定点康复机构，家长在申请时自主选择确定其中 1 家康复机构并签订协议。凡申请人工耳蜗项目的孩子必须在自行选定的定点康复机构接受术后一学年（10 个月）的康复训练，并配合项目术后长期的跟踪评估。
- （6）家庭要有专人陪伴孩子配合康复机构术后康复训练。人工耳蜗植入后孩子要想得到好的康复效果，需要长期的康复，家长在此过程中起着重要的、不可替代的作用，要求家长在植入前及康复过程中接受机构的培训。
- （7）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以及目前的医疗水平难以预测的问题等，因此，如术后康复效果未能达到预期目标，家长应予以理解并坚持长期的康复训练。
- （8）产品的长期维护、保养。人工耳蜗本身是一种电子装置，使用时要注意维护和保养。使用中如遇问题应及时与实施手术的医院或人工耳蜗公司联系处理，在保修期内产品配件出现故障导致使用者不能正常使用的，由耳蜗公司负责免费维修；在保修期外产品配件出现故障的由申请家庭自行承担维护修费用。

## 知情同意书

我已经阅读了上述有关项目的介绍，知道人工耳蜗植入可能产生的风险和申请的准备及要求。我自愿申请并做以下承诺：

- 我承诺自愿承担人工耳蜗手术风险；
- 我能够积极配合手术植入后调机工作，并做好相关费用的准备
- 我们会陪伴孩子做好术后长期的康复训练；
- 我对人工耳蜗术后康复效果已有适当的期望值，对术后康复效果能否达到预期目标有心理准备。
- 我已自愿选择确定在（\_\_\_\_\_）接受至少一学年（10个月）的康复训练，并配合项目的长期术后跟踪评估。如擅自离开不接受定点康复机构的康复训练，项目提供的康复训练费用将被终止。
- 我承诺无偿提供孩子评估音像资料用于项目宣传和学术交流报告。
- 我自愿申请“七彩梦行动计划—聋儿（人工耳蜗）康复项目”，遵守项目的有关要求，服从项目的审核、耳蜗产品、手术医院等内容的安排。

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	_____省(市)_____市(区/县)_____街道(乡镇)_____居委会 _____街 (胡同/小区/村街) _____号(楼)_____单元 _____室		
现居住地址	_____省(市) _____市(区/县) _____街道(乡镇) _____居委会 街(胡同/小区/街) _____号(楼)_____单元 _____室		
通讯地址	户籍所在地 <input type="checkbox"/> 现居住地址 <input type="checkbox"/>		
居住地住宅 电话		邮 编	

### 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：					
母亲姓名		职 业		文化程度	
听力状况：					
工作单位				联系电话	
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

(家庭年人均收入=上年度家庭总收入÷家庭总人口数)

2 家庭承担能力

家庭无力承担耳蜗产品之外的任何费用

家庭仅有承担耳蜗产品之外调机、设备维护费用

家庭有能力承担耳蜗产品之外其他所有费用

**三、病史询问** (以下内容由专业人员协助填写)

(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\_\_\_\_\_g

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

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

(三) 助听器使用情况

耳聋确诊时间: \_\_\_\_\_

是否佩戴助听器: 否  是  配戴耳: 左  右

选配年龄: \_\_\_\_\_岁 \_\_\_\_\_个月;

助听器配戴时间：<3个月 3—6个月 6—12个月 >12个月

助听器类型：模拟机 数码编程机 全数字机

助听器功率：中功率 大功率 特大功率

助听器品牌型号：左耳\_\_\_\_\_；右耳\_\_\_\_\_

**(四) 申请者目前所在机构：**

机构康复（康复时间\_\_\_\_个月）

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

现在所在康复机构名称：\_\_\_\_\_

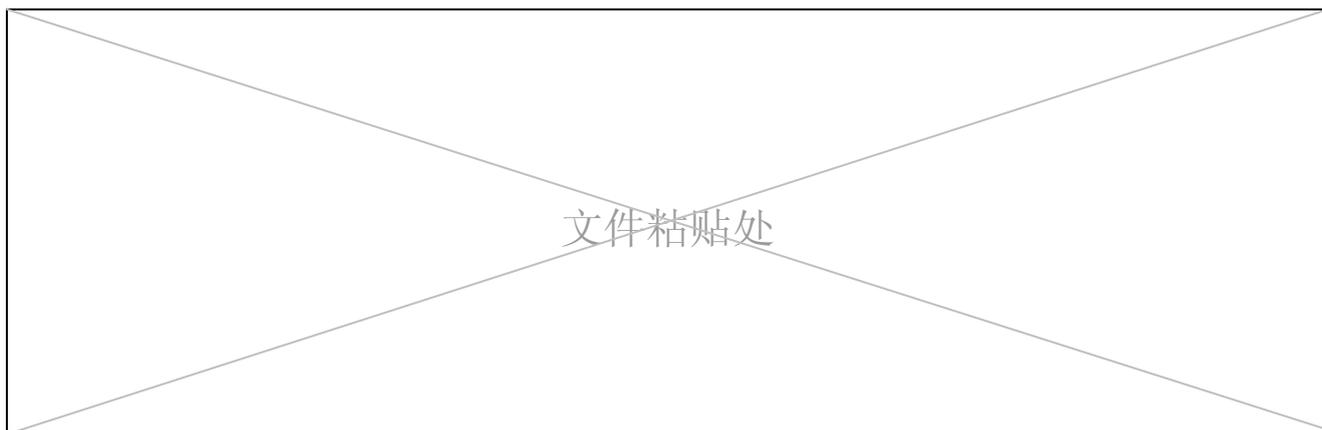
家庭训练

未接受康复 普通幼儿园或学校（就读时间\_\_\_\_个月）

就读起始时间：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月 至 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_月

现在所在普通幼儿园或学校名称：\_\_\_\_\_

现所在普通幼儿园或学校出具就读证明原件及成绩单复印件：



(五) 家长评价申请者目前语言能力：简单交流 能说几个词 无任何语言

(六) 家庭康复认识及术后期望值

家长是否接受过康复培训：是 否

家长对手术植入风险和术后康复的重要性的认识：有 无

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：

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

专业人员签字：

日期：\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日

#### 四、法定监护人及家庭其他成员户口簿复印件

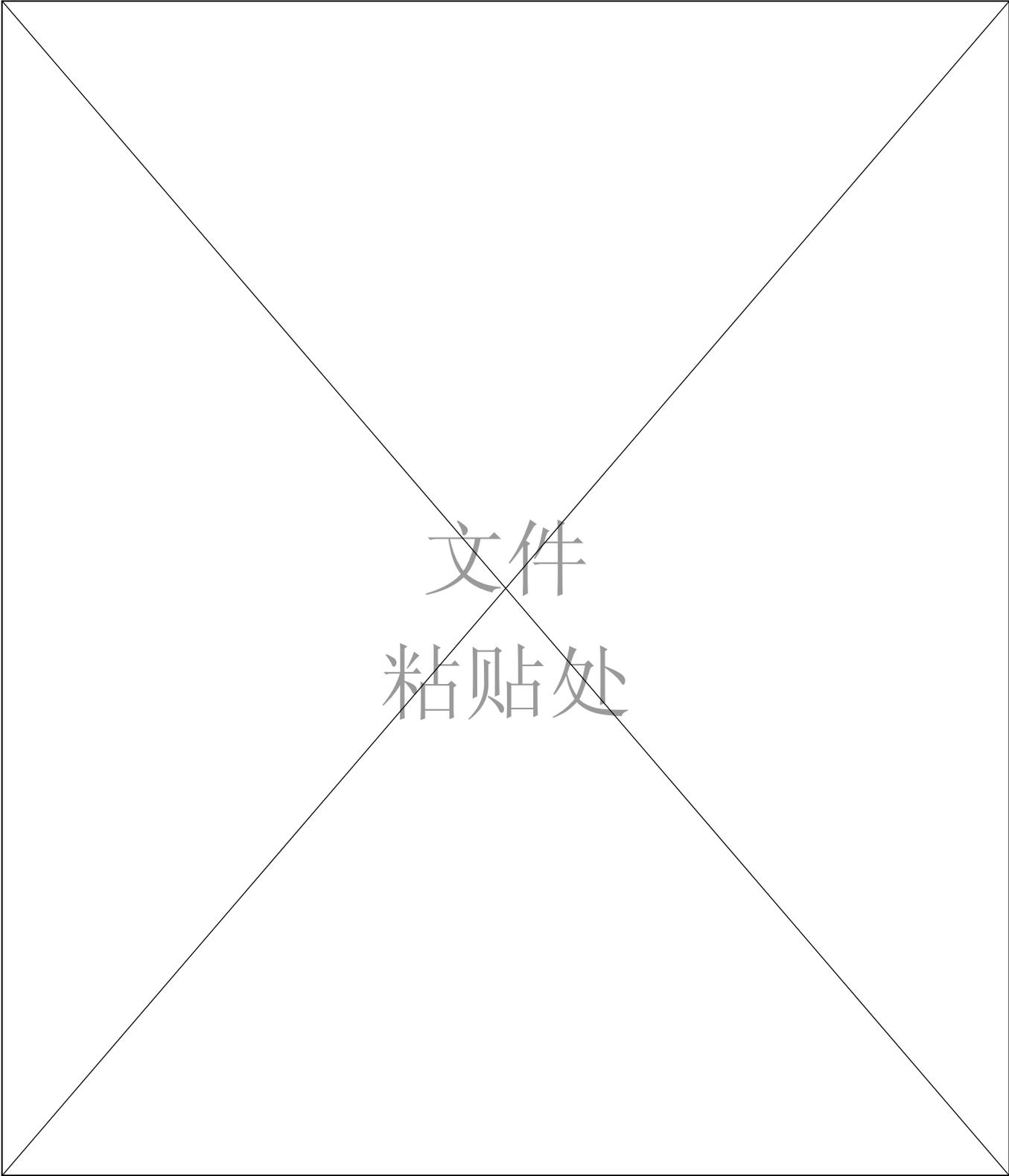


文件  
粘贴处

核对人签字：

核对日期：

五、法定监护人身份证复印件（二代身份证正反两面均需复印）



核对人签字：

核对日期：

六、家庭经济收入证明原件



核对人签字：

核对日期：

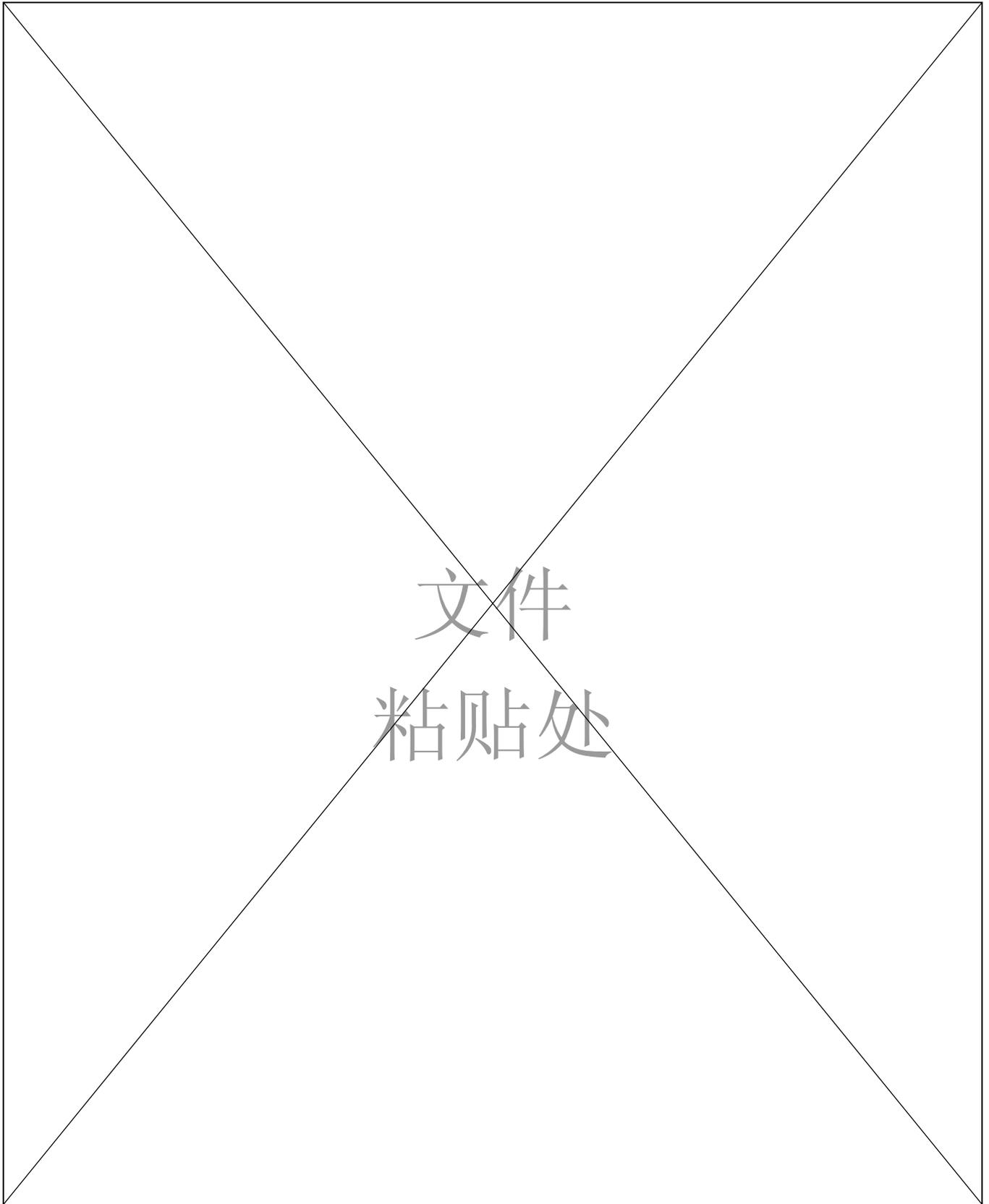
七、 拟选术后康复机构接收证明



核对人签字：

核对日期：

八、 耳聋时间证明（18 岁以内语后聋申请者提供）



核对人签字：

核对日期：

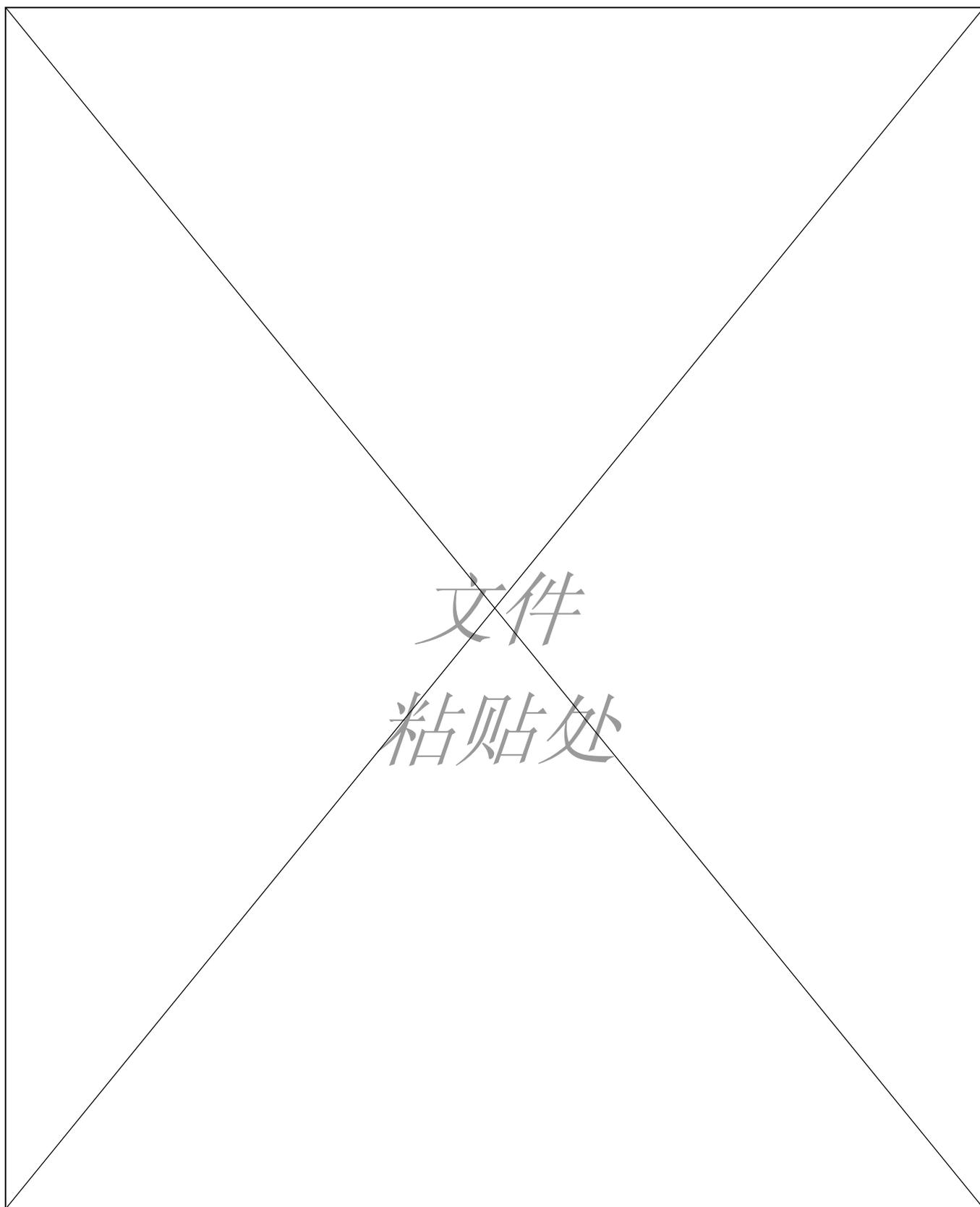
九、行为测听：裸耳和助听听阈测试报告单原件



核对人签字：

核对日期：

十、声导抗测试报告单原件（附图）



核对人签字：

核对日期：

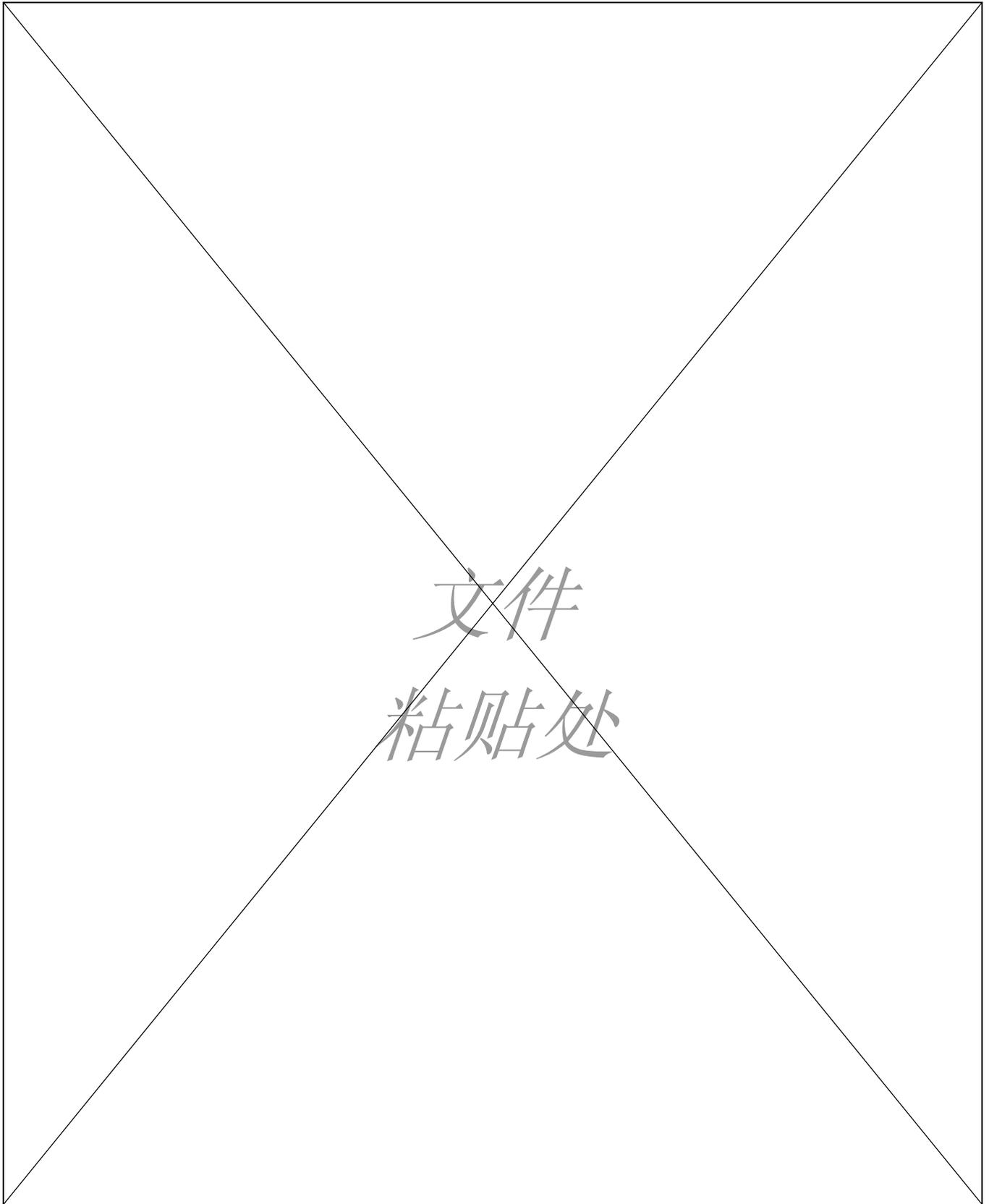
十一、听性脑干反应（ABR）测试报告单原件（附图）



核对人签字：

核对日期：

十二、40Hz 相关电位或多频稳态诱发电位测试报告单原件（附图）



核对人签字：

核对日期：

十三、耳声发射（OAE）测试报告单原件（附图）



核对人签字：

核对日期

十四、颞骨 CT 报告单原件（报告中必须描述内耳发育状况）



核对人签字：

核对日期：

十五、颅脑磁共振成像 (MRI) 报告单原件 (如果有检查报告粘贴此处)



核对人签字:

核对日期:

## 十六、听觉言语能力评估报告

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）											
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											
CAP 听觉分级问卷级别：											
听觉能力评估											
评估内容		最大识别率得分（%）									
		封闭式测试					开放式测试				
语音识别	韵母识别										
	声母识别										
双音节词识别											
短句识别											
平均识别率得分											
言语能力评估											
评估内容		语言年龄（岁）									
		封闭式测试					开放式测试				
理解能力（听话识图）											
交往能力（主题对话）											
平均语言年龄（岁）											
SIR 言语可懂度问卷级别：											
发音水平： 发音清晰 □ 能发音 □ 不能发音 □											

## 十七、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
	3-8 岁 □	9 岁及以上 □			
	穿珠	记数字		中位数智龄	
	记颜色	迷方			
	辨认图	图画推理		百分位数	
	联想	空间推理			
	折纸			智商 / 学习 能力商	
	短记忆力	短记忆力			
	摆方木	摆方木			
	完成图	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					
Rutter 儿童行为问卷得分					
行为观察描述：					

## 十八、复印件粘贴处：

此页粘贴检查结果复印件，内容如下：

- 1、裸耳测听报告单复印件
- 2、助听听阈评估报告单复印件
- 3、听性脑干反应（**ABR**）测试报告单复印件（附图）
- 4、声导抗测试报告单复印件（附图）
- 5、耳声发射（**OAE**）测试报告单复印件（附图）
- 6、40Hz 相关电位或多频稳态诱发电位测试报告单复印件（附图）
- 7、颞骨 **CT** 报告单复印件
- 8、颅脑磁共振成像（**MRI**）报告单复印件（如果有检查报告粘贴此处）
- 9、听觉言语能力评估报告单复印件
- 10、学习能力及精神行为发育测试报告单复印件

核对人签字：

核对日期：

## 审批意见表

听障儿童姓名		出生日期	年 月 日
省残联推荐意见	单位盖章：                    负责人签字：                    日期：		
省项目专家组审核意见			
	终审意见	通过	未通过
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	未通过原因
定点医院复筛结果	通过	未通过	未通过原因
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
备注			

