



ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE / SŁUCH

o stanie zdrowia dziecka/ucznia dla potrzeb zespołu orzekającego publicznej poradni
psychologiczno-pedagogicznej

(dotyczy postępowania w sprawie: kształcenia specjalnego / wczesnego wspomaganie rozwoju
– właściwe podkreślić)

I. Dane dziecka/ucznia

Imię (imiona) i nazwisko:

Nr PESEL:

Data urodzenia:

Adres zamieszkania:

Placówka:

II. Rozpoznanie medyczne

Rozpoznanie choroby lub problemu zdrowotnego wraz z kodem ICD:

.....
.....

Opis kliniczny (krótka charakterystyka stanu zdrowia):

.....
.....

III. Ocena funkcjonowania słuchowego dziecka

poziom percepcji mowy (w ciszy / w hałasie):

rozumienie mowy bez aparatów / z aparatami:

komunikowanie się (mowa werbalna / PJM / system
językowo-migowy / inne):

wpływ ubytku słuchu na funkcjonowanie w grupie

(np. trudności w rozumieniu poleceń, koncentracji,
interakcjach społecznych):

IV. Diagnoza laryngologiczna / audiologiczna

- Ubytek słuchu:

ucho prawe (UP):

ucho lewe (UL):

- Rodzaj ubytku słuchu (np. przewodzeniowy, odbiorczy, mieszany):

.....

- Stopień ubytku (lekki / umiarkowany / znaczny / głęboki):

.....

- Zaopatrzenie protetyczne:

aparat słuchowy: UP / UL

implant ślimakowy: UP / UL

system FM / inne wspomagające

- Efektywność protezowania:

.....

- Wykonane badania audiologiczne*:

V. Wpływ stanu zdrowia na funkcjonowanie edukacyjne

Opis ograniczeń w:

- odbiorze informacji podczas zajęć:
- komunikacji z nauczycielem i rówieśnikami:
- tempie pracy i koncentracji:

Wskazanie, czy trudności mają charakter:

- stały/okresowy/postępujący:

VI. Ocena środowiska edukacyjnego i potrzeb wsparcia

Z uwzględnieniem:

- dostępności urządzeń wspomagających słyszenie :
- potrzeby stosowania systemów wspomagających (np. FM):
- potrzeby wsparcia komunikacyjnego (np. tłumacz PJM, notowanie):
- konieczności dostosowania warunków nauki (np. miejsce w klasie, akustyka):

VII. Zalecenia dla procesu kształcenia

- konieczność kształcenia specjalnego: TAK / NIE
- potrzeba zajęć specjalistycznych (jakich?):
- zalecane formy komunikacji:
- inne istotne wskazania dla szkoły / przedszkola:

VIII. Prognoza

- dotycząca leczenia:
- dotycząca funkcjonowania i edukacji:

IX. Klasyfikacja

Zalicza się do grupy:

- osób słabosłyszących: TAK / NIE
- osób niesłyszących: TAK / NIE

X. 10. Załączniki

audiogram / inne badania audiologiczne (obowiązkowe)

Miejscowość, data:

Pieczętka i podpis lekarza

*jako załącznik wymagany audiogram lub inne badanie audiologiczne potwierdzające ubytek słuchu

Istotne elementy zaświadczenia: funkcjonowanie dziecka - nie tylko diagnoza, wpływ na edukację, rozszerzone zalecenia dla szkoły, efektywność aparatów/implantu