

## Письмо о направлении к аудиологу

ФИО ребёнка: \_\_\_\_\_ Дата рожд.: \_\_\_\_\_

Уважаемые родители/опекун:

Наша школа проводит скрининг слуха в соответствии с требованиями, разработанными Департаментом здравоохранения штата Миннесота. Слух вашего ребенка был проверен \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ и повторно \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

- Во время проверки слуха ваш ребенок реагировал не на все звуки. Результаты показаны в приведённой ниже таблице:

Pure Tone Audiometry – Right Ear	Initial Screen	Rescreen
500 Hz, 25 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
1000 Hz, 20 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
2000 Hz, 20 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
4000 Hz, 20 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
6000 Hz, 20 dB (ages 11 and up)	PASS/REFER	PASS/REFER
Pure Tone Audiometry – Left Ear	Initial Screen	Rescreen
500 Hz, 25 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
1000 Hz, 20 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
2000 Hz, 20 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
4000 Hz, 20 dB	PASS/REFER	PASS/REFER
6000 Hz, 20 dB (ages 11 and up)	PASS/REFER	PASS/REFER

- Эти результаты показывают, что ваш ребёнок может иметь проблемы со слухом
  - Пожалуйста, отведите вашего ребенка в вашу клинику или к аудиологу (специалисту по слуху), чтобы проверить его слух
  - Если ваш ребенок уже получает помощь в связи с проблемами слуха, или если вам нужна помощь в поиске специалиста, сообщите об этом школьной медсестре
  - Передайте это письмо с результатами проверки слуха в школе в клинику или аудиологу, который будет проводить проверку слуха
  - Если у вас есть вопросы или вам нужно связаться с клиникой, свяжитесь с нами
-

**Health Care Provider, please complete this form.**

Child's Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

School Name: \_\_\_\_\_

**Provider comments:**

I have examined this child on \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ and find the following:

**MEDICAL:**

- Hearing (circle): PASS or REFER
- Medically treatable
- Not medically treatable
- Outer Ear
- Middle Ear
- Inner Ear
- Refer to Audiology

Further Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recommendations to support learning in the school environment: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**AUDIOLOGICAL:**

- Normal Hearing
- Conductive Hearing Loss
- Mixed Hearing Loss
- Sensorineural Hearing Loss
- Refer to Physician
- Amplification Evaluation

Further Comments: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Recommendations to support learning in the school environment: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Child should return for follow up examination on \_\_\_\_\_

Provider Name/Title: \_\_\_\_\_

Contact Information \_\_\_\_\_

*Schools nurse or health staff fill out this section below before sending home.*

**Please have the parent return this form to the school or you can return this to:**

School Nurse Name: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

## HEARING REFERRAL LETTER

Министерство здравоохранения Миннесоты  
Программа медосмотров детей и подростков  
651-201-3650  
[health.childteencheckups@state.mn.us](mailto:health.childteencheckups@state.mn.us)  
[www.health.state.mn.us](http://www.health.state.mn.us)

12/2023

*Для получения этой информации в другом формате звоните: 651-201-3650.*