

Tarih :



KLİNİK UYGULAMA VE İLERİ TEST YÖNTEMLERİ I STAJ DEFTERİ

ADI SOYADI:
ÖĞRENCİ NO:
STAJ YAPILAN KURUM:
STAJ YAPILAN BİRİM:
STAJ DEFTERİ TESLİM TARİHİ:

PROGRAM BAŞKANI ONAYI

STAJ KABUL/RED:
GEÇERLİ GÜN SAYISI:
ONAY TARİHİ:
RAPORU DEĞERLENDİREN:
İMZA:

STAJ DEVAM FORMU

Stajyer Öğrenci Adı Soyadı	
Staj Yaptığı Kurum Adı	
Sorumlu Kurum Yetkilisi Adı Soyadı	
Staj Yapılan Eğitim Öğretim Yılı	20...../20.....
Staj Yapılan Yarıyıl	☐ Güz Yarıyılı ☐ Bahar Yarıyılı ☐ Yaz

	Tarih	Öğrenci İmzası
1. Gün		
2. Gün		
3. Gün		
4. Gün		
5. Gün		
6. Gün		
7. Gün		
8. Gün		
9. Gün		
10. Gün		
Sorumlu Kurum Yetkilisi İmzası ve Kaşesi		

VAKA 1

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 1

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

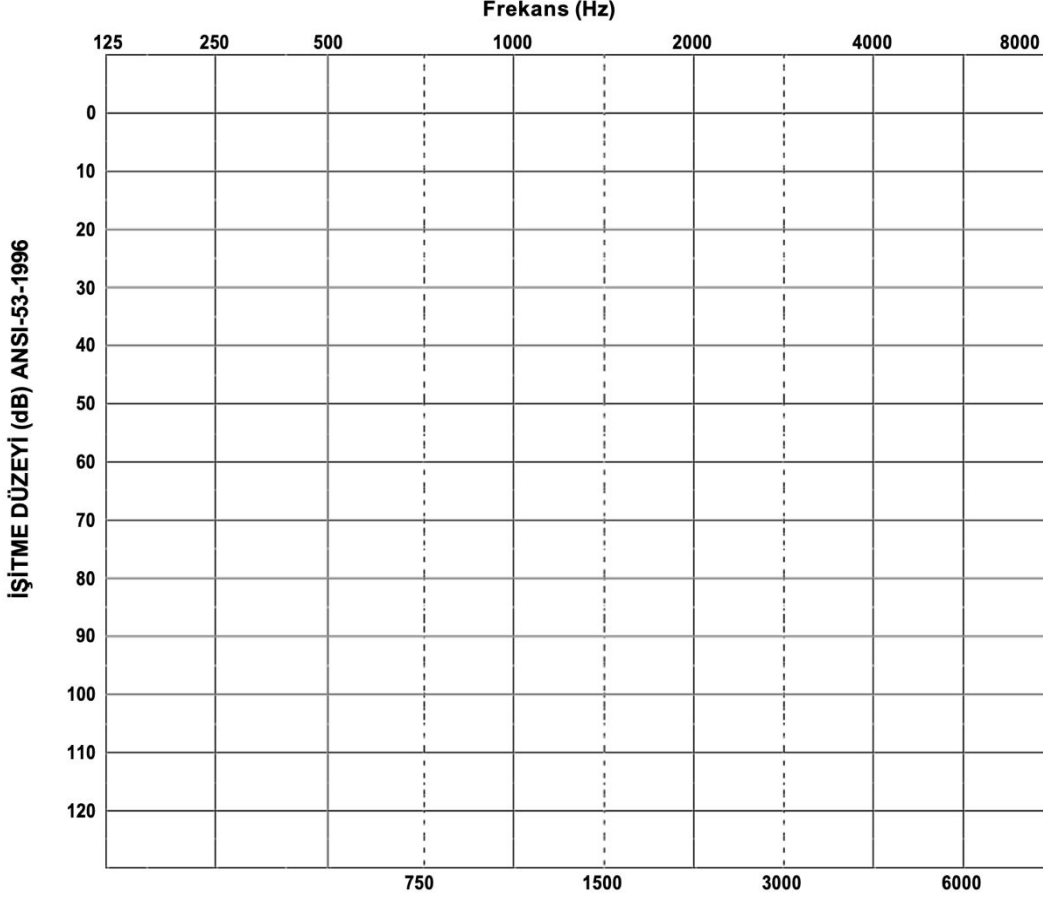
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 1

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 2

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 2

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

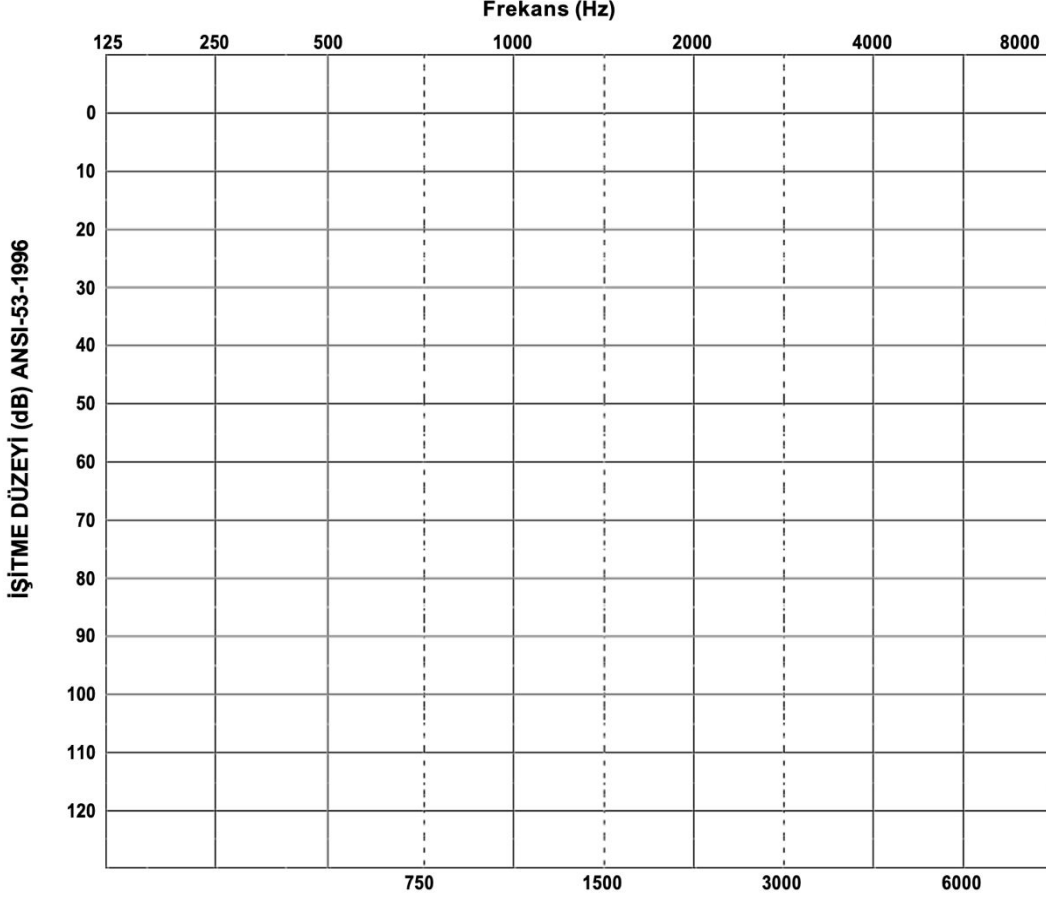
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 2

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

**SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)**

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 3

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 3

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

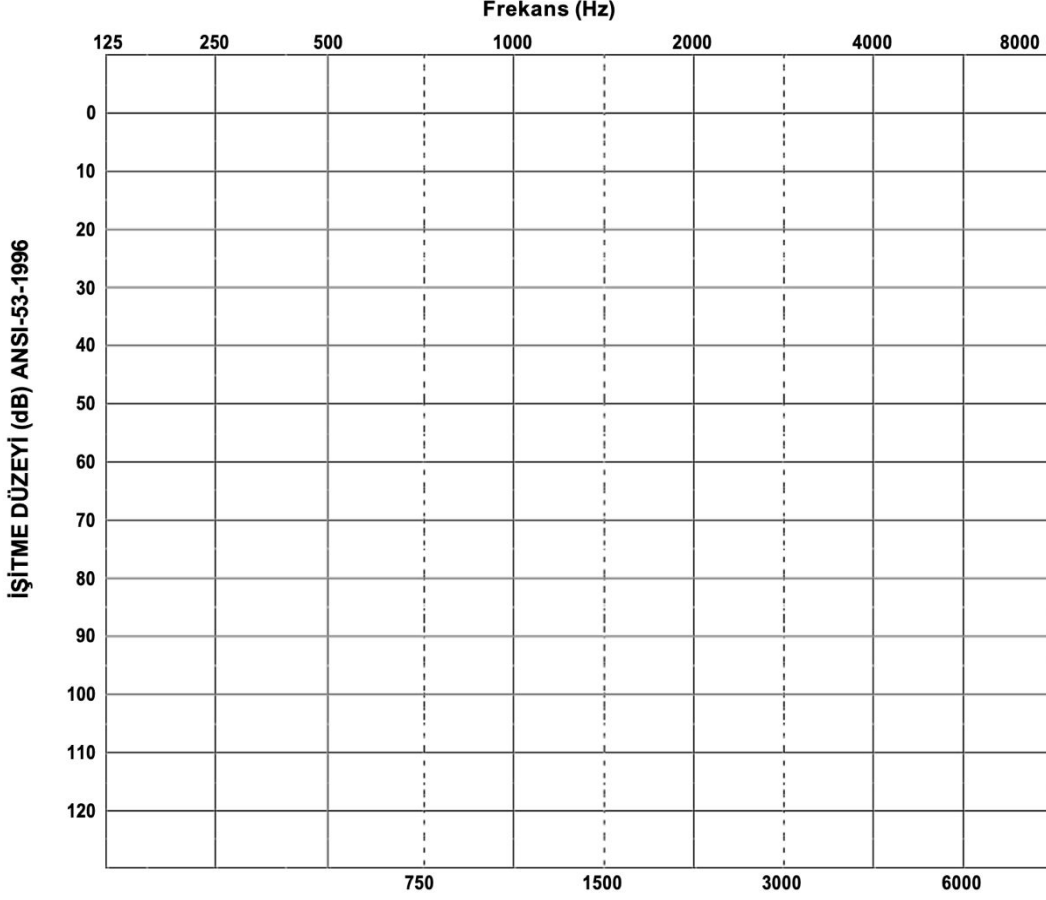
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 3

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 4

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 4

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

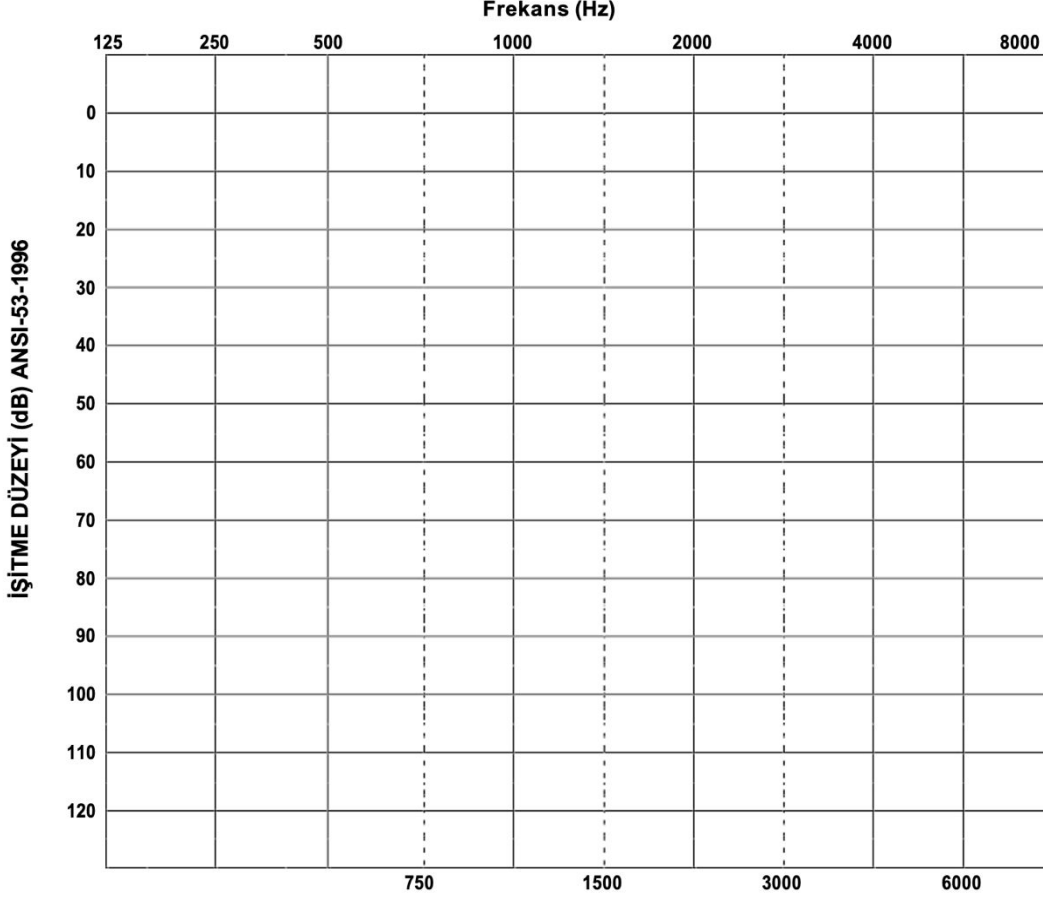
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 4

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 5

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 5

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

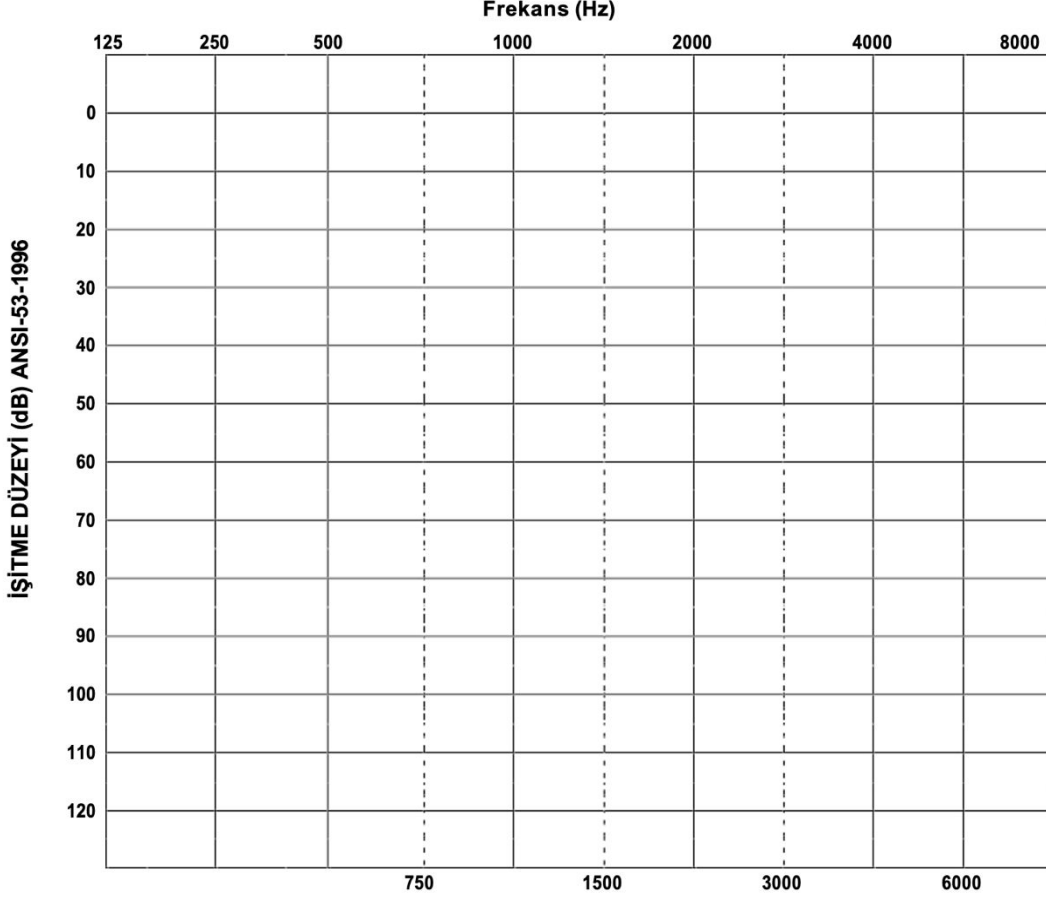
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 5

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 6

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 6

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

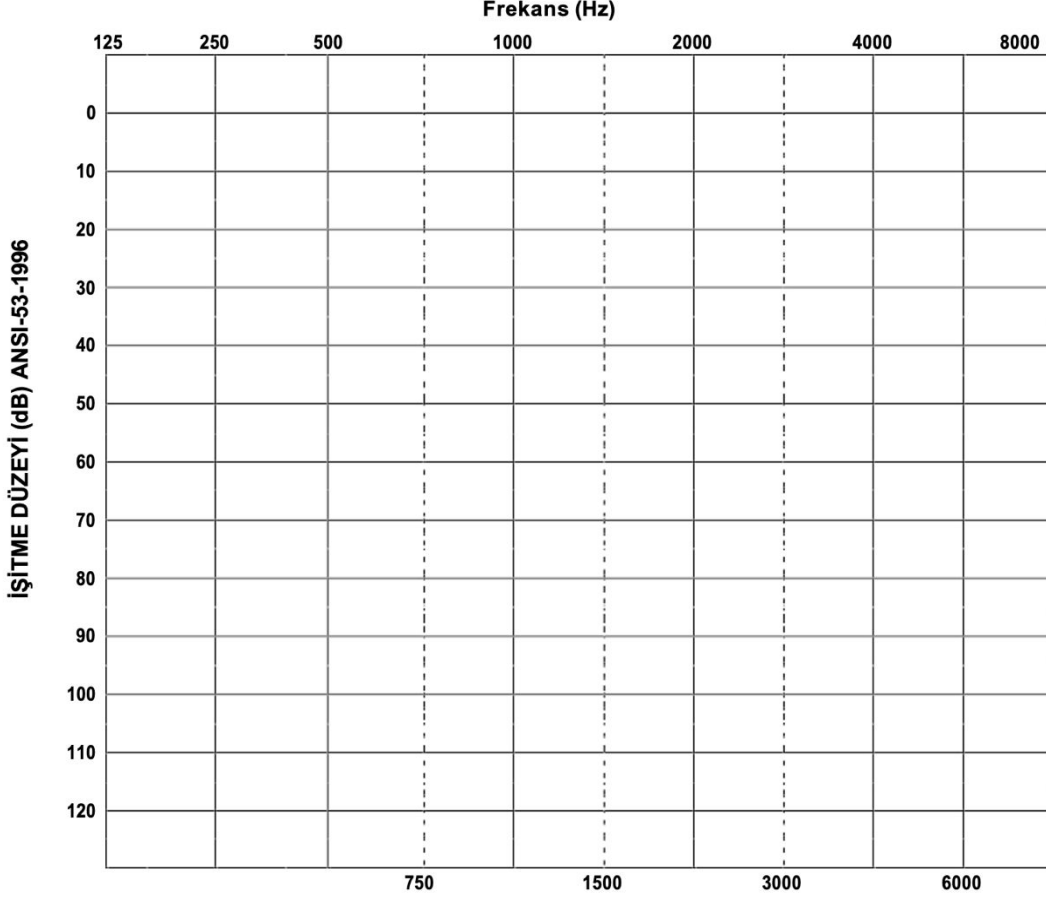
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 6

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 7

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 7

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

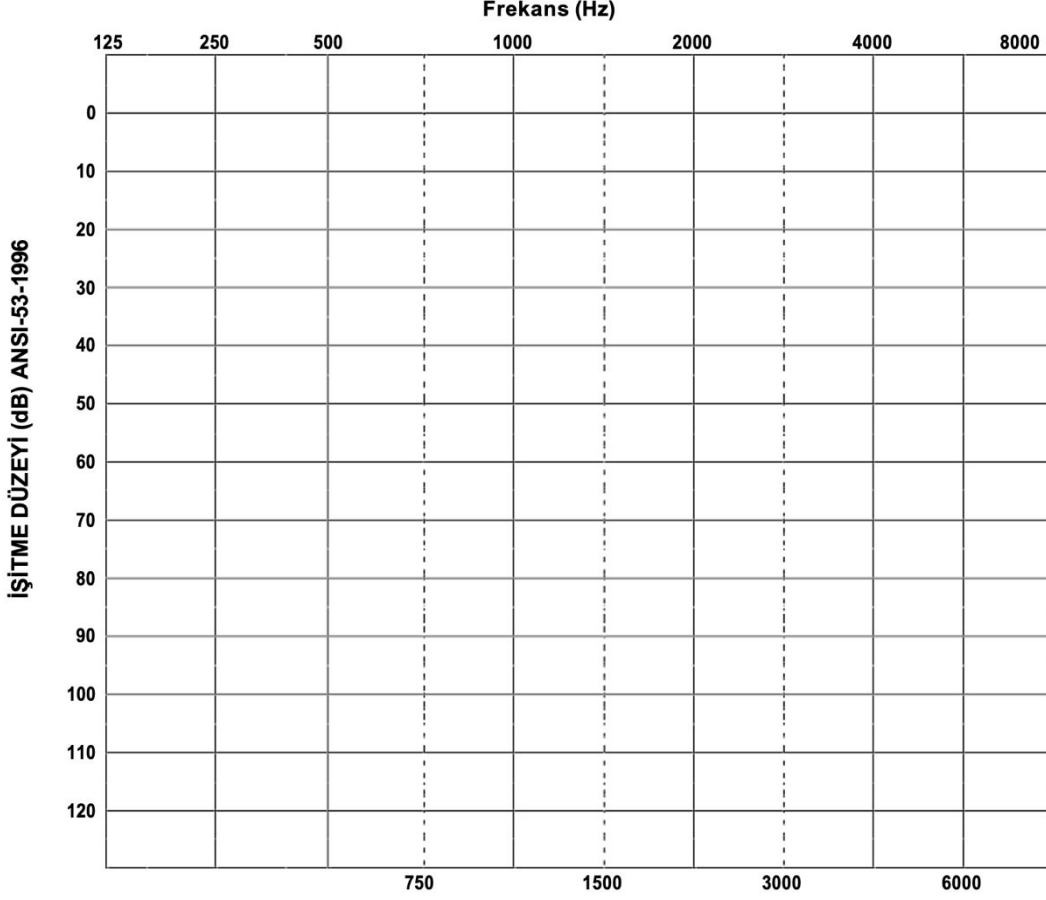
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 7

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 8

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 8

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

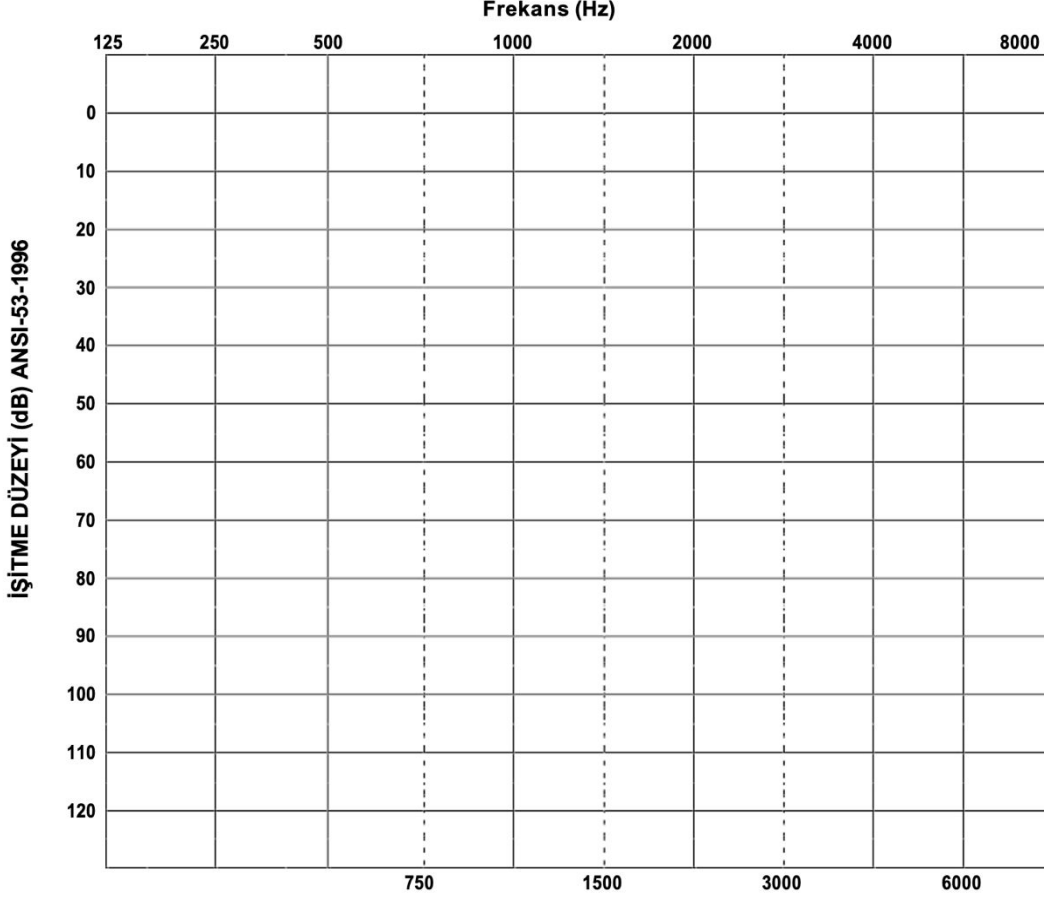
Doğum Tarihi:

8. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
9. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
10. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
11. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
12. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
13. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
14. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
- 8 . Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 8

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 9

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 9

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

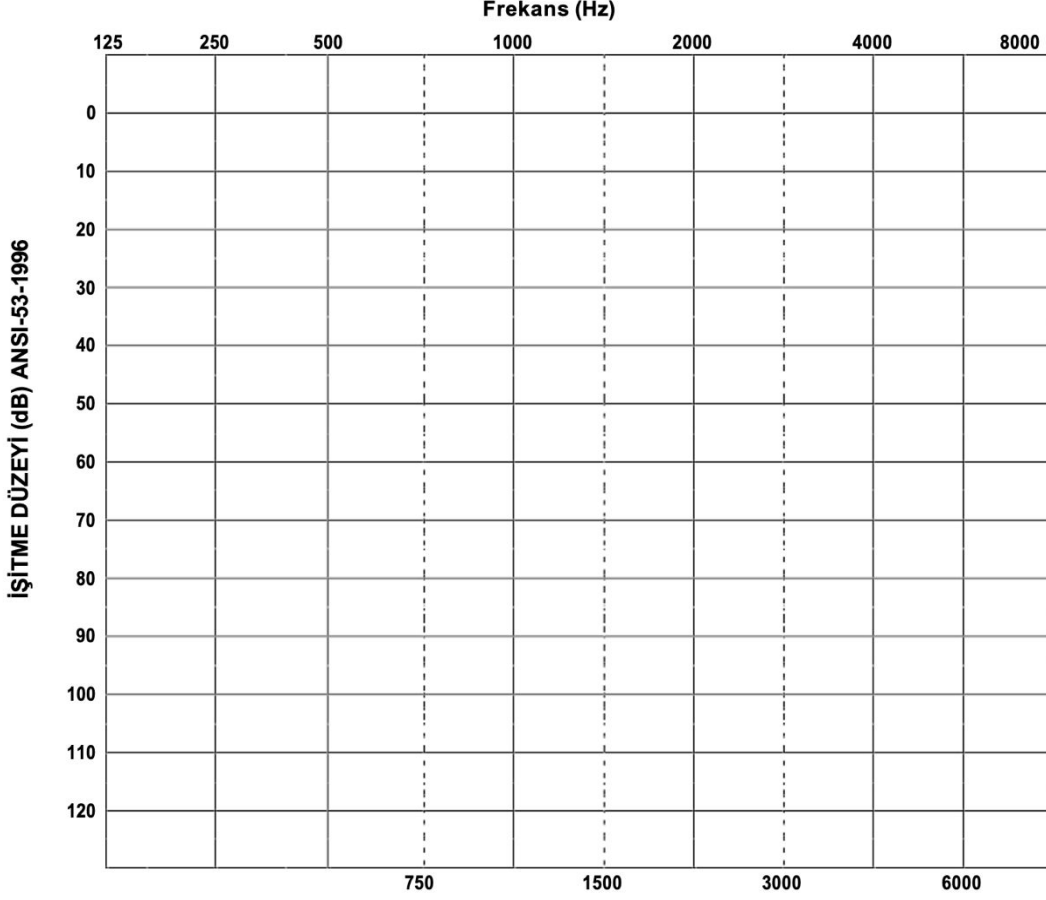
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 9

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 10

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 10

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

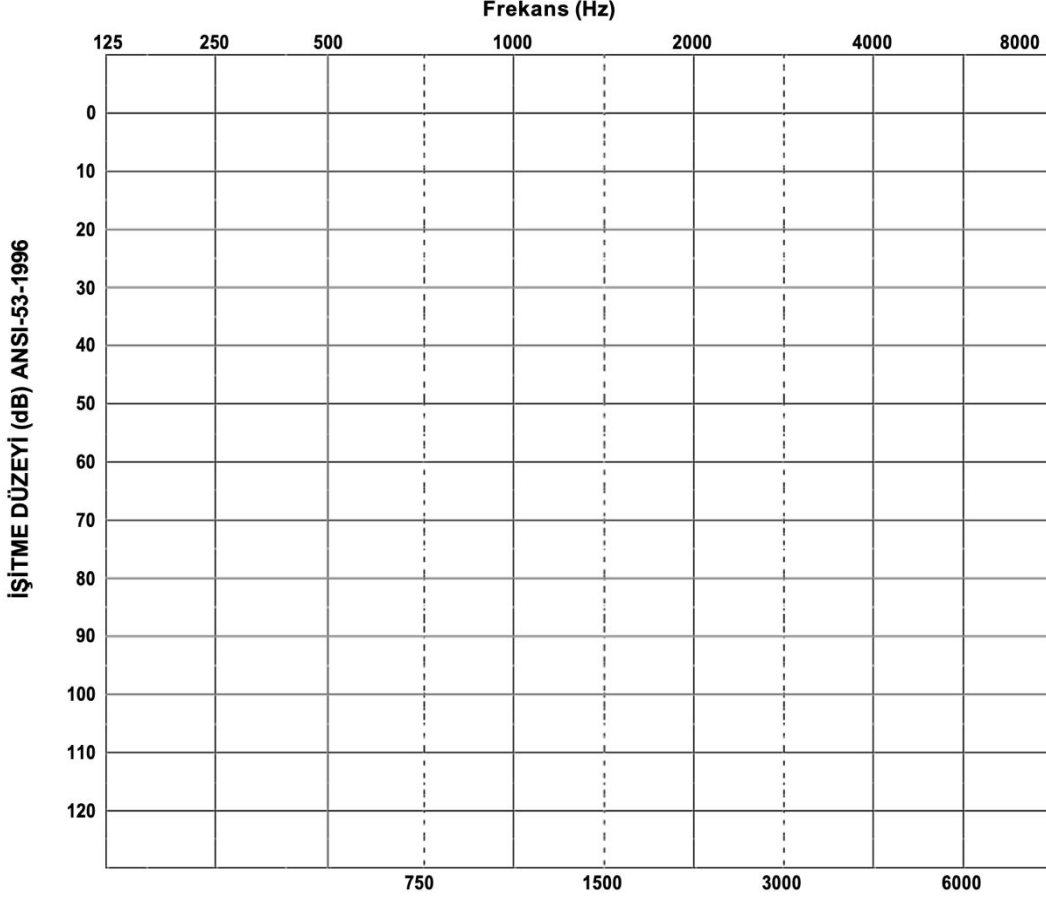
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 10

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 11

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 11

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

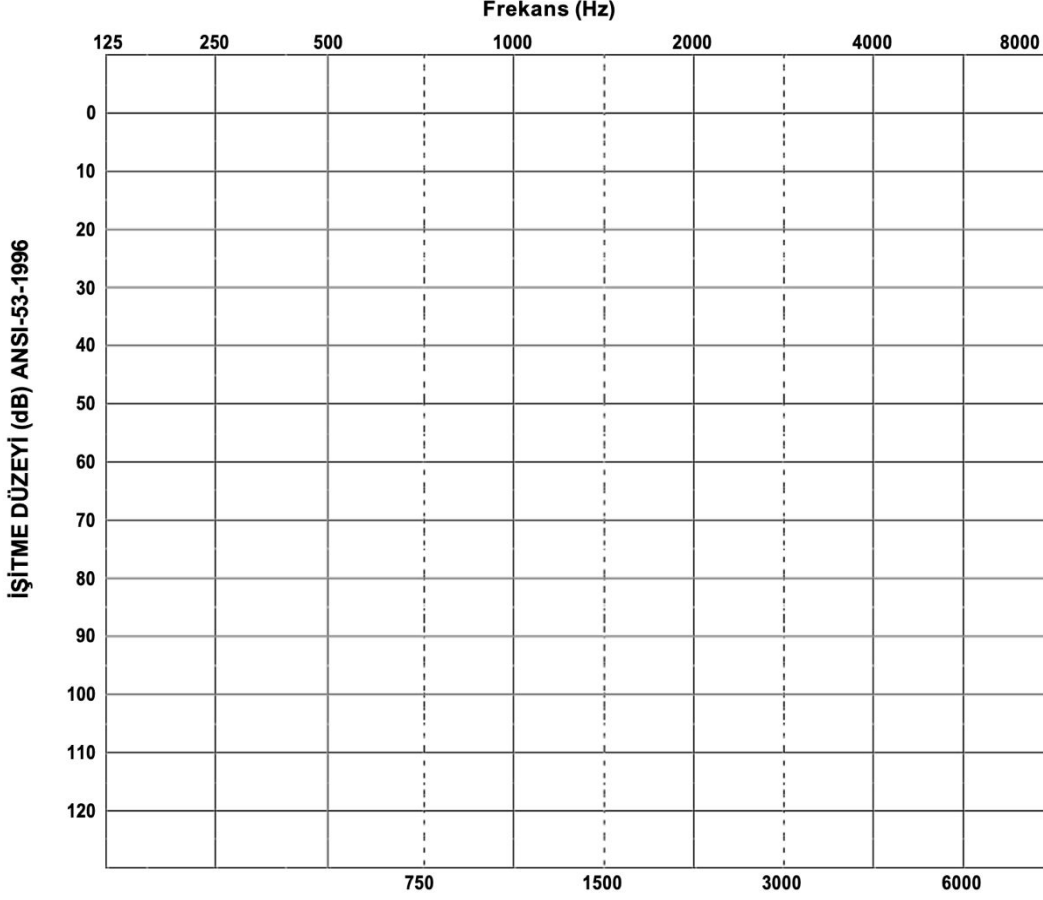
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 11

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 12

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 12

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

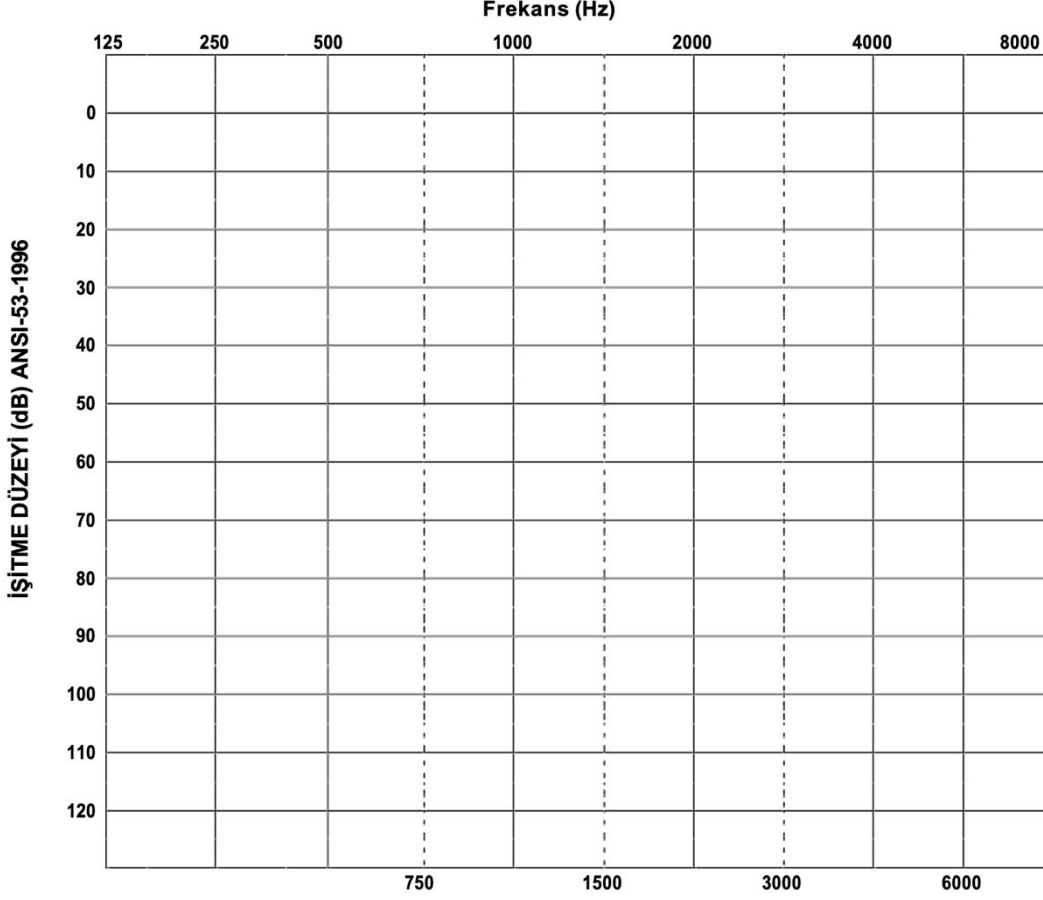
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 12

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

**SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)**

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 13

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 13

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

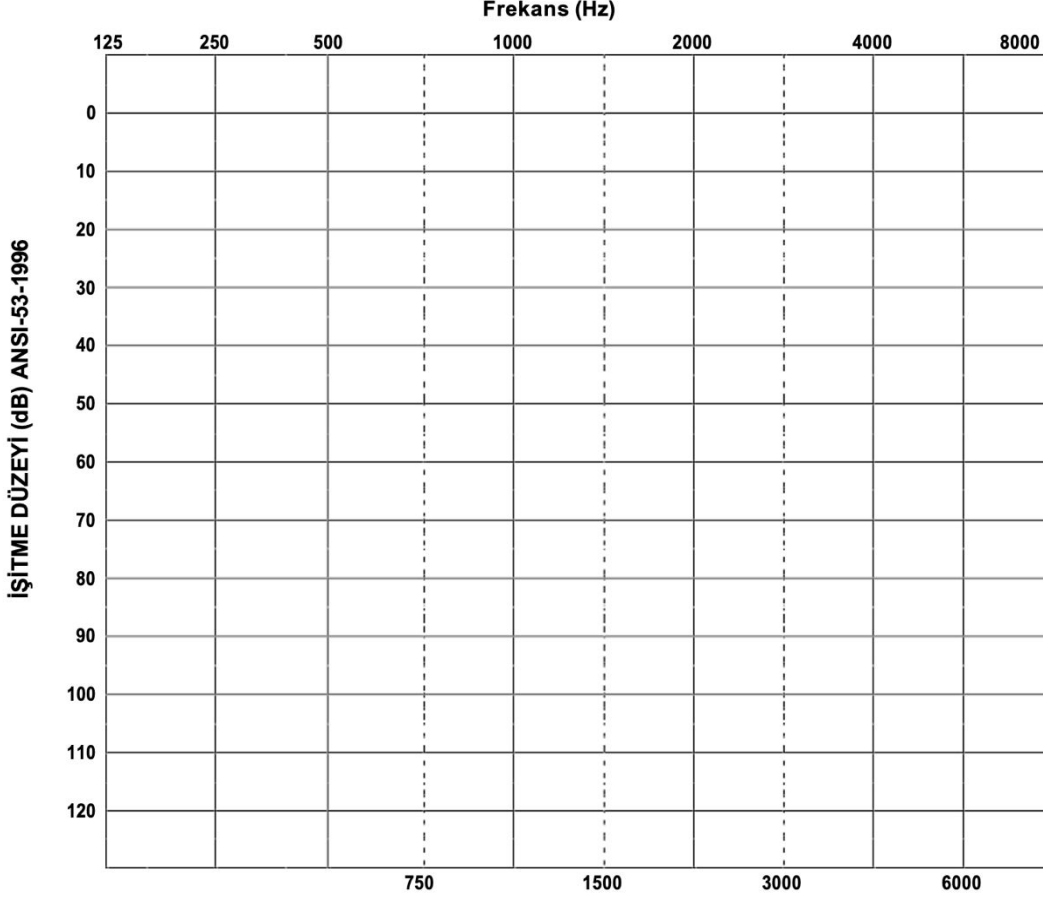
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 13

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 14

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 14

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

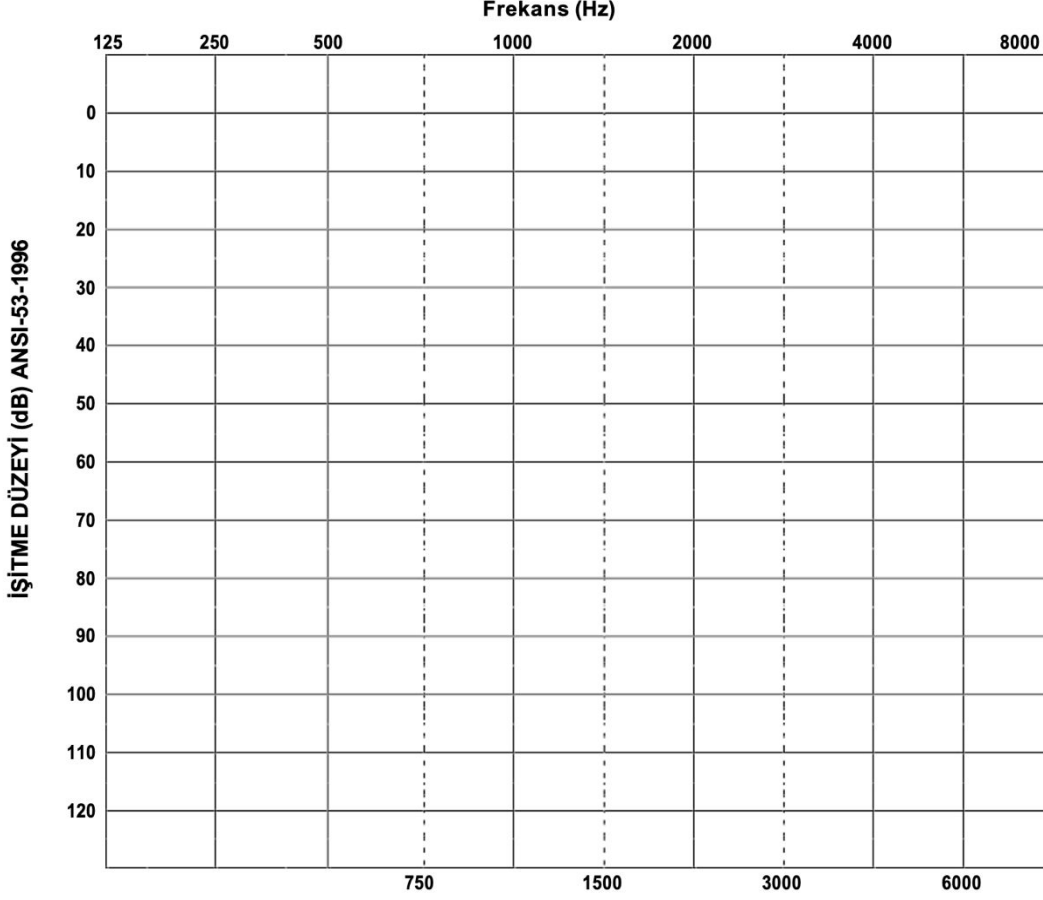
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 14

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

**SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)**

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:

.....

.....

ONAY:

VAKA 15

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 15

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

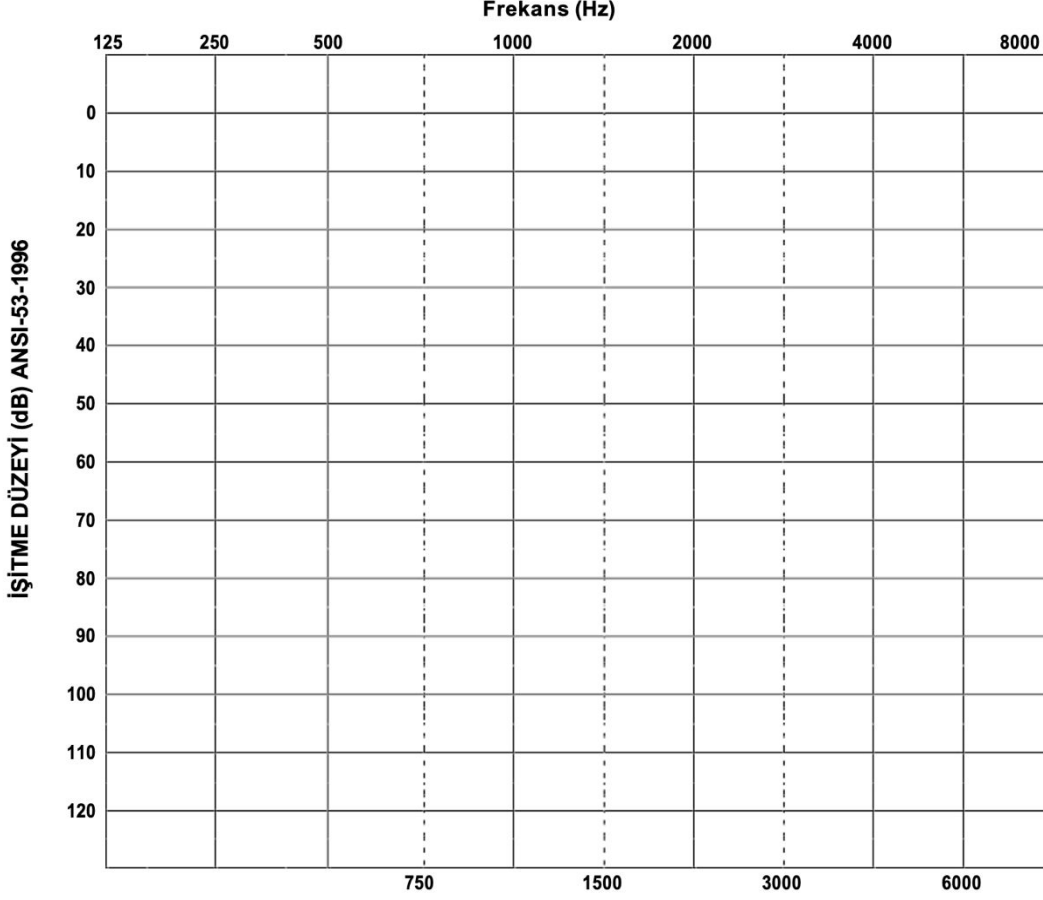
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 15

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 16

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 16

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

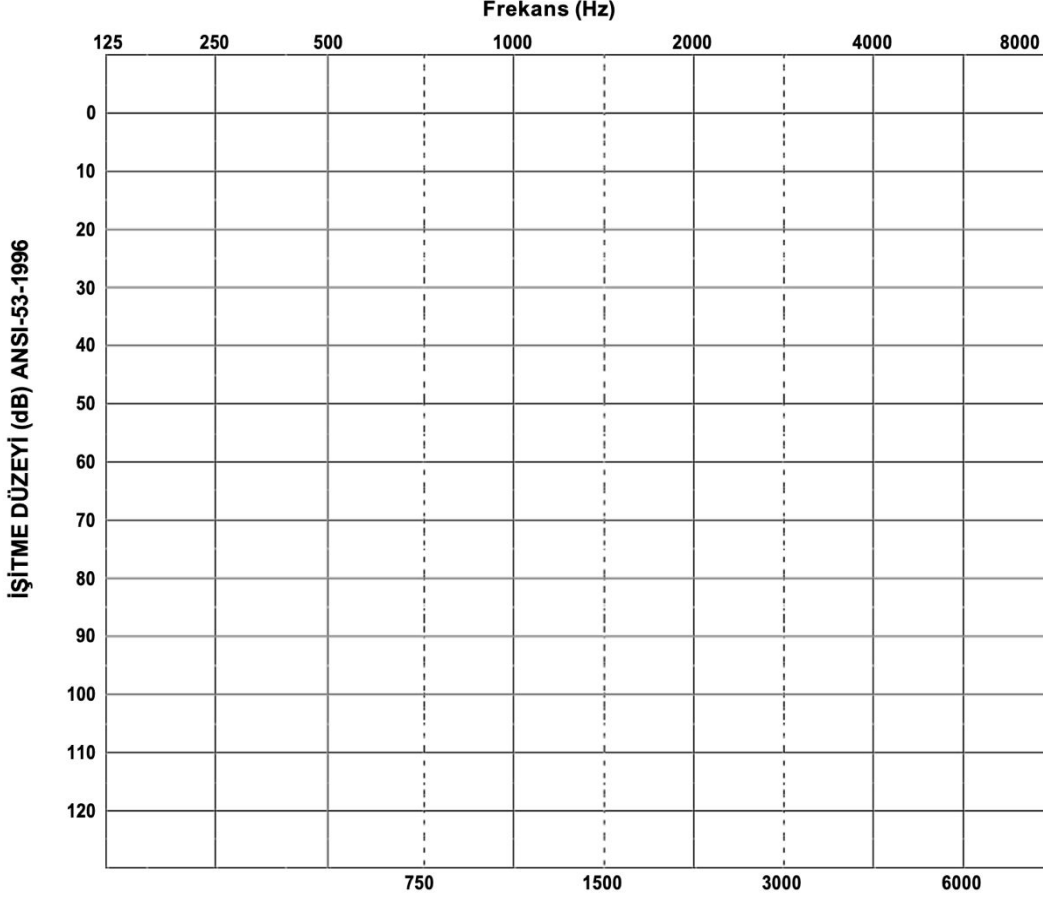
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 16

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 17

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 17

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

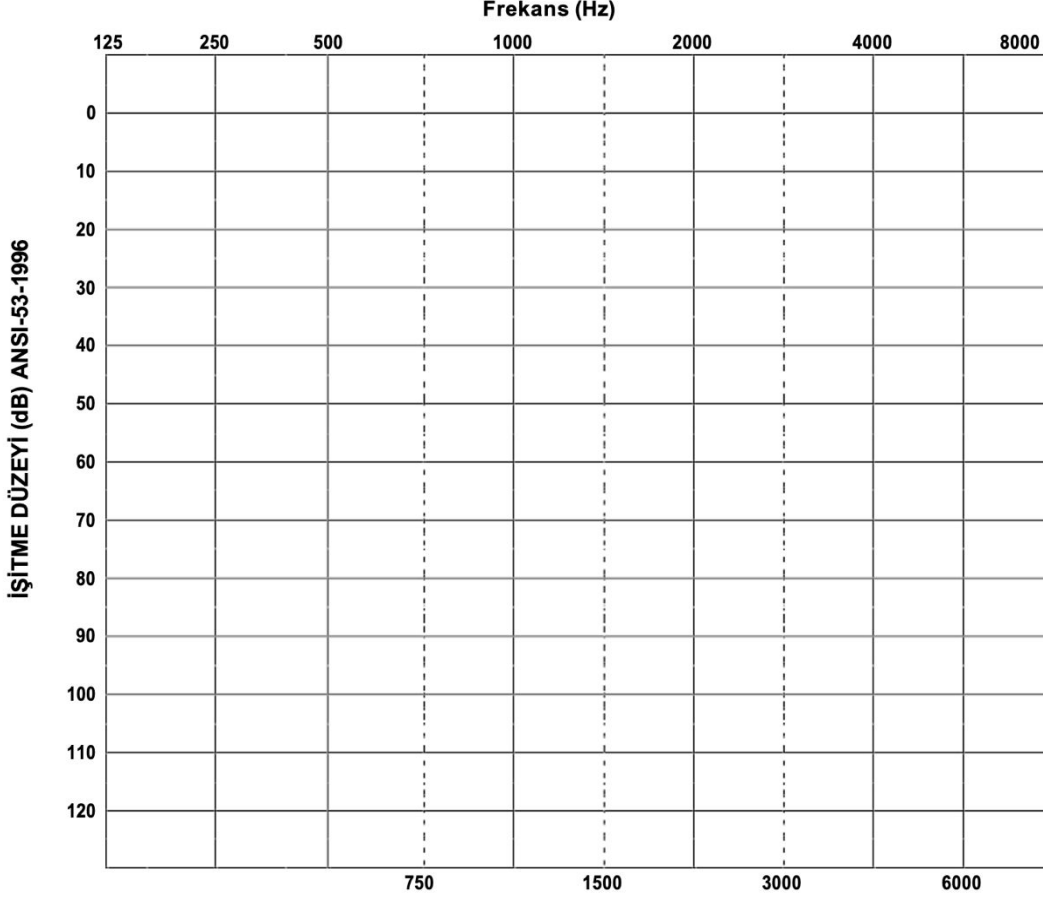
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 17

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

**SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)**

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:

.....

.....

ONAY:

VAKA 18

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 18

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

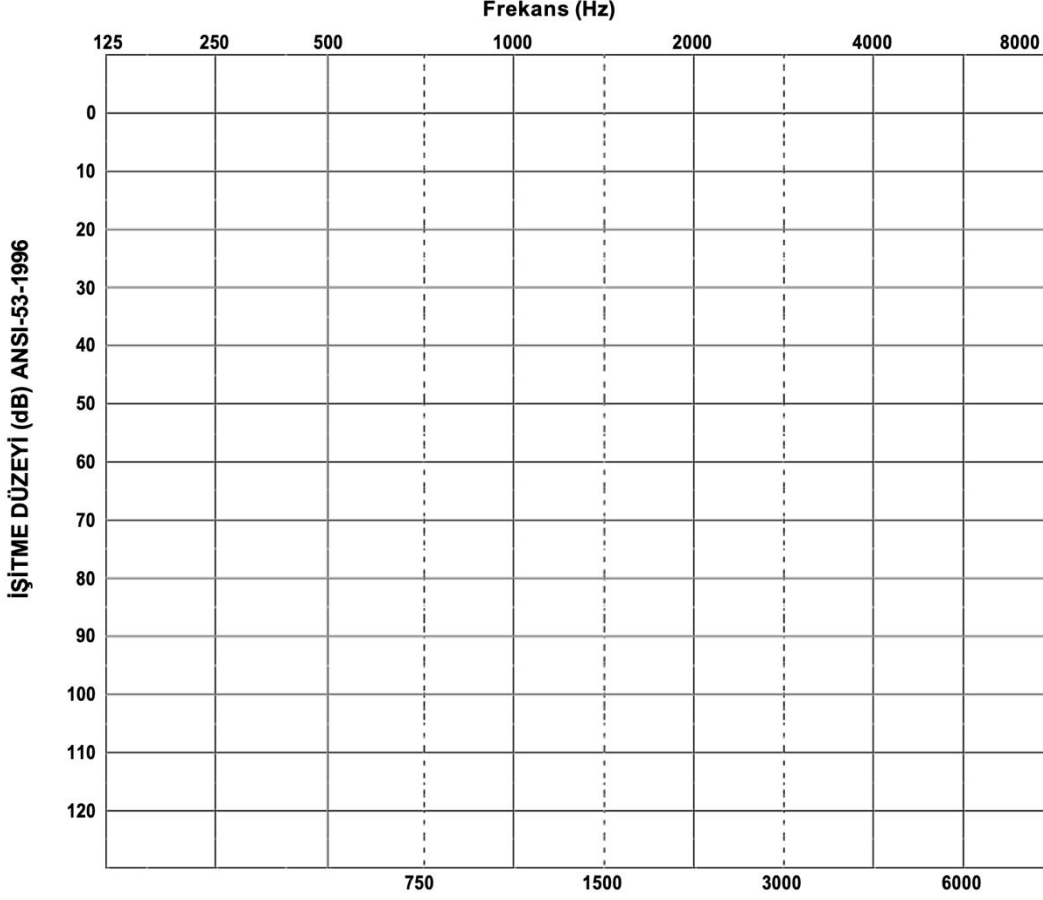
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 18

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 19

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 19

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

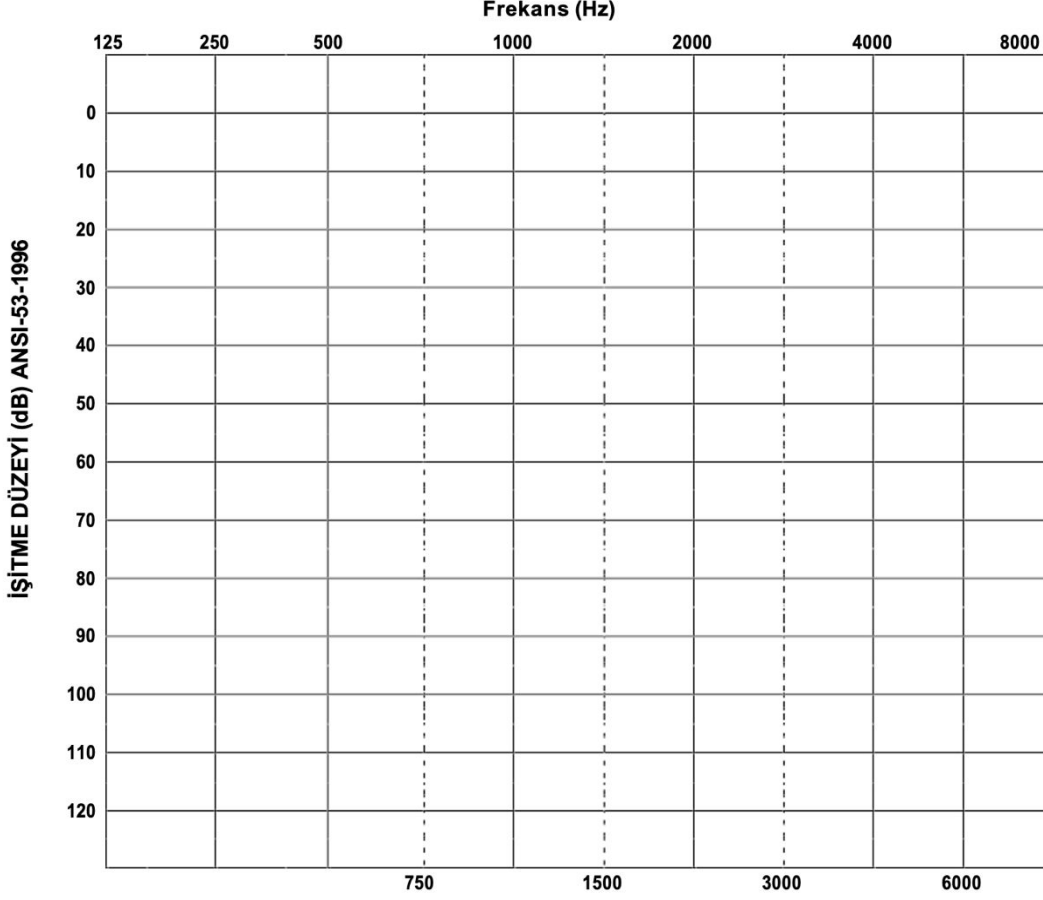
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 19

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

**SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)**

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:

.....

.....

ONAY:

VAKA 20

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 20

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

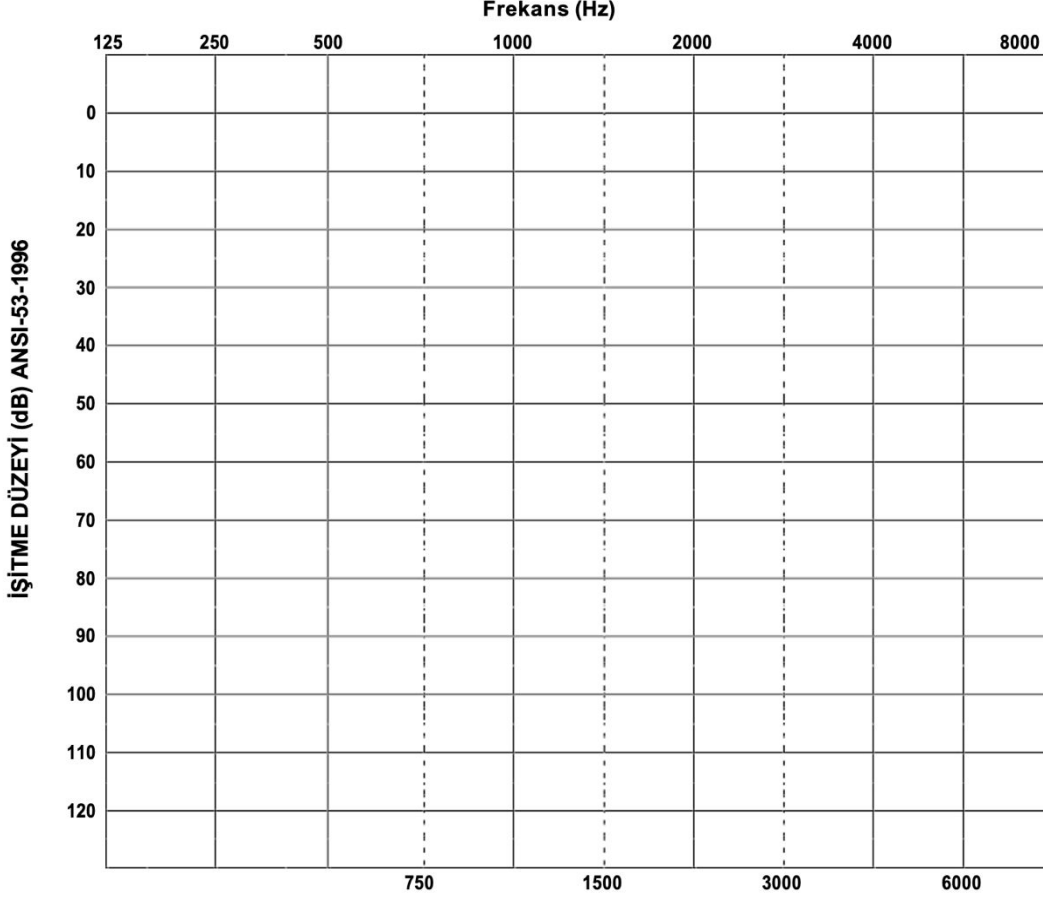
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 20

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

**SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)**

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 21

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 21

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

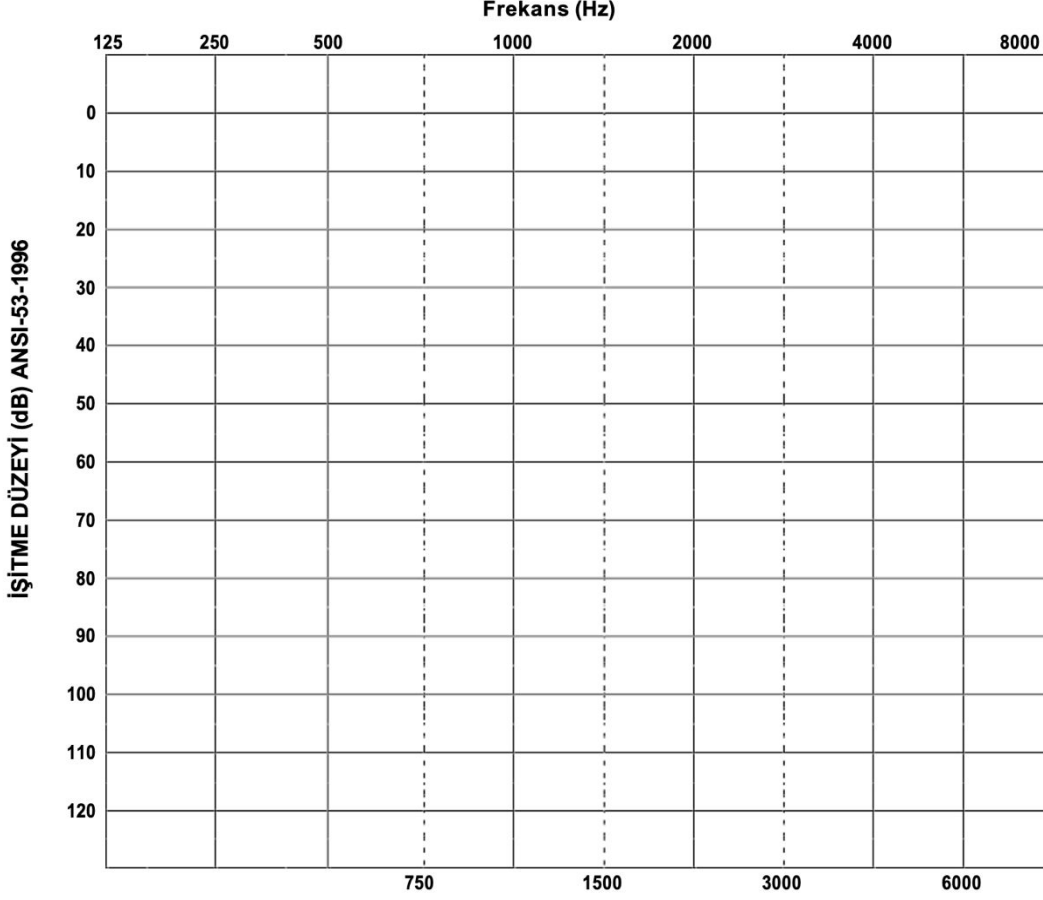
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 21

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 22

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 22

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

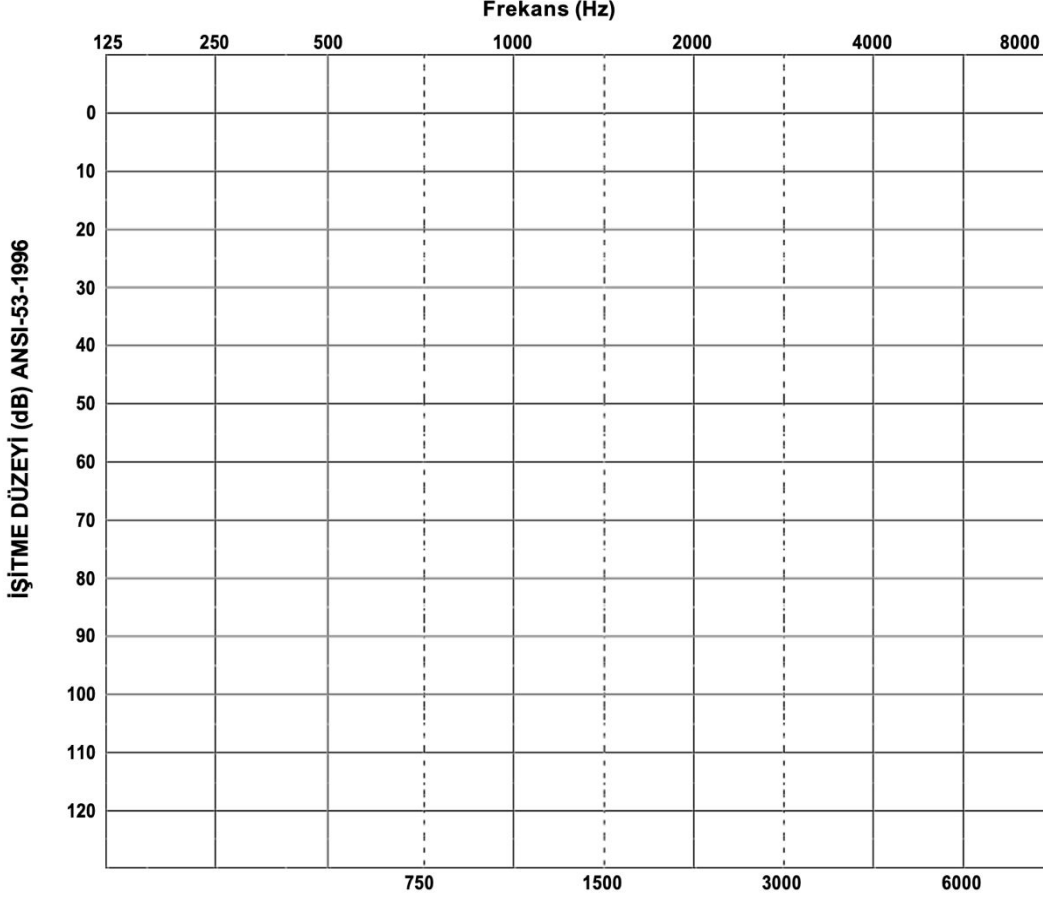
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 22

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

**SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)**

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 23

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 23

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

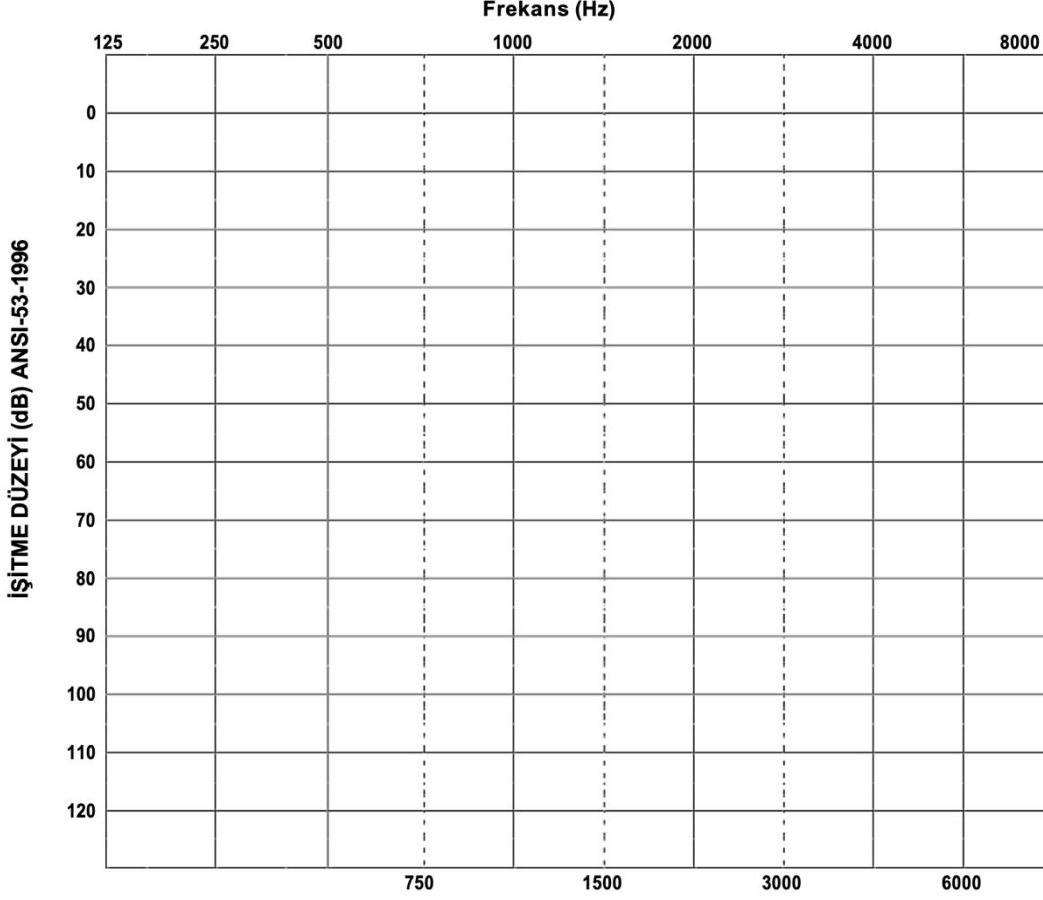
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 23

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 24

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 24

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

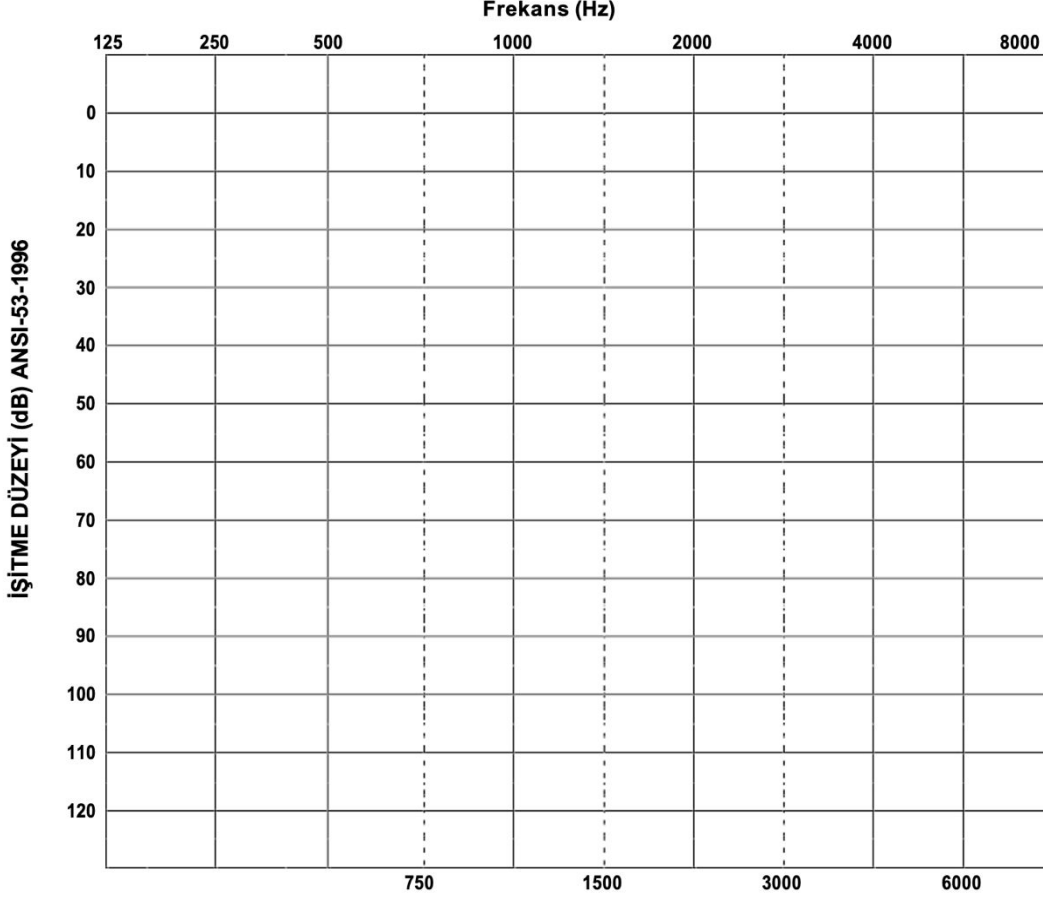
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 24

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

**SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)**

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:

.....

.....

ONAY:

VAKA 25

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 25

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

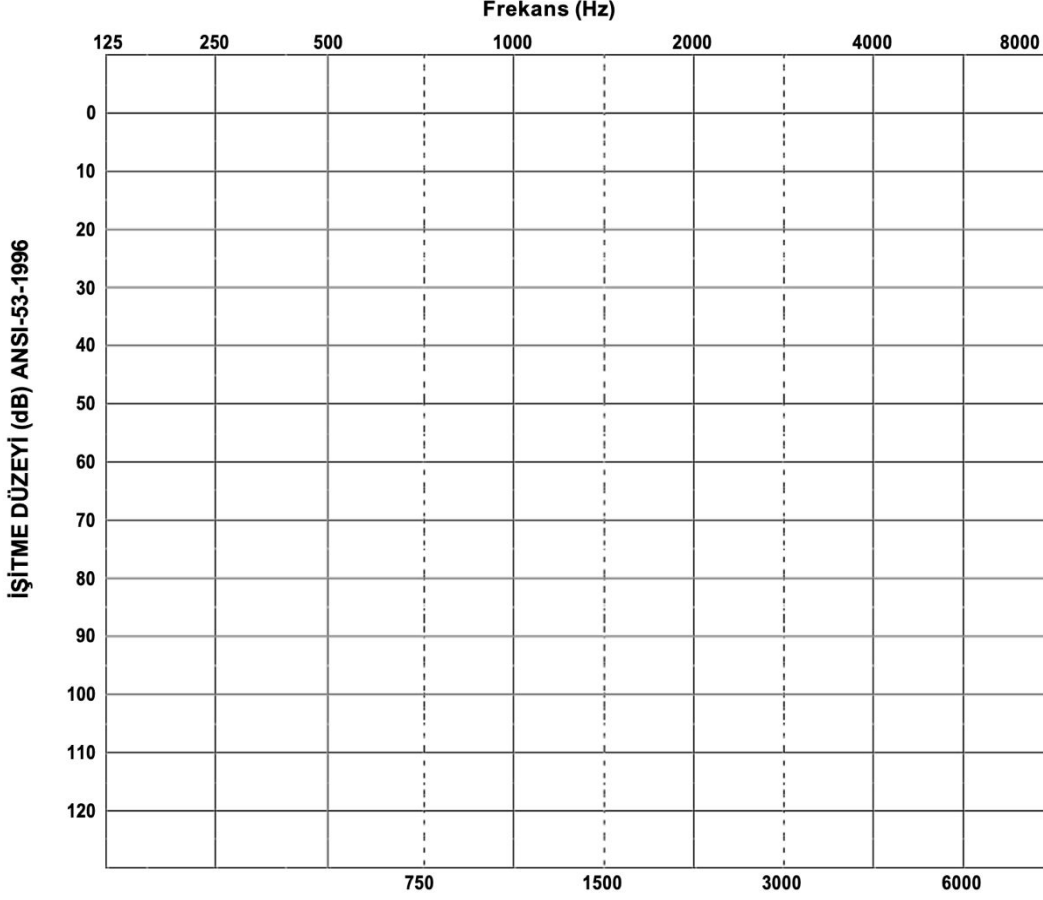
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 25

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

**SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)**

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 26

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 26

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

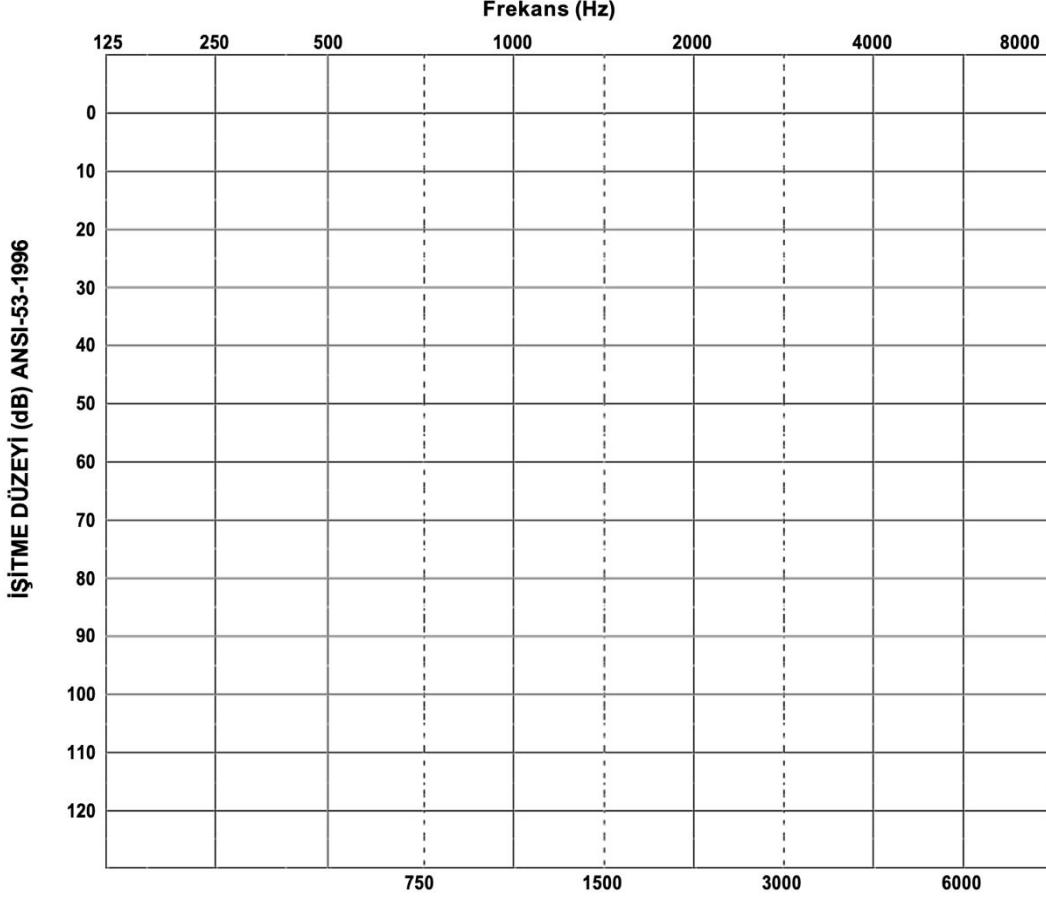
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 26

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 27

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 27

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

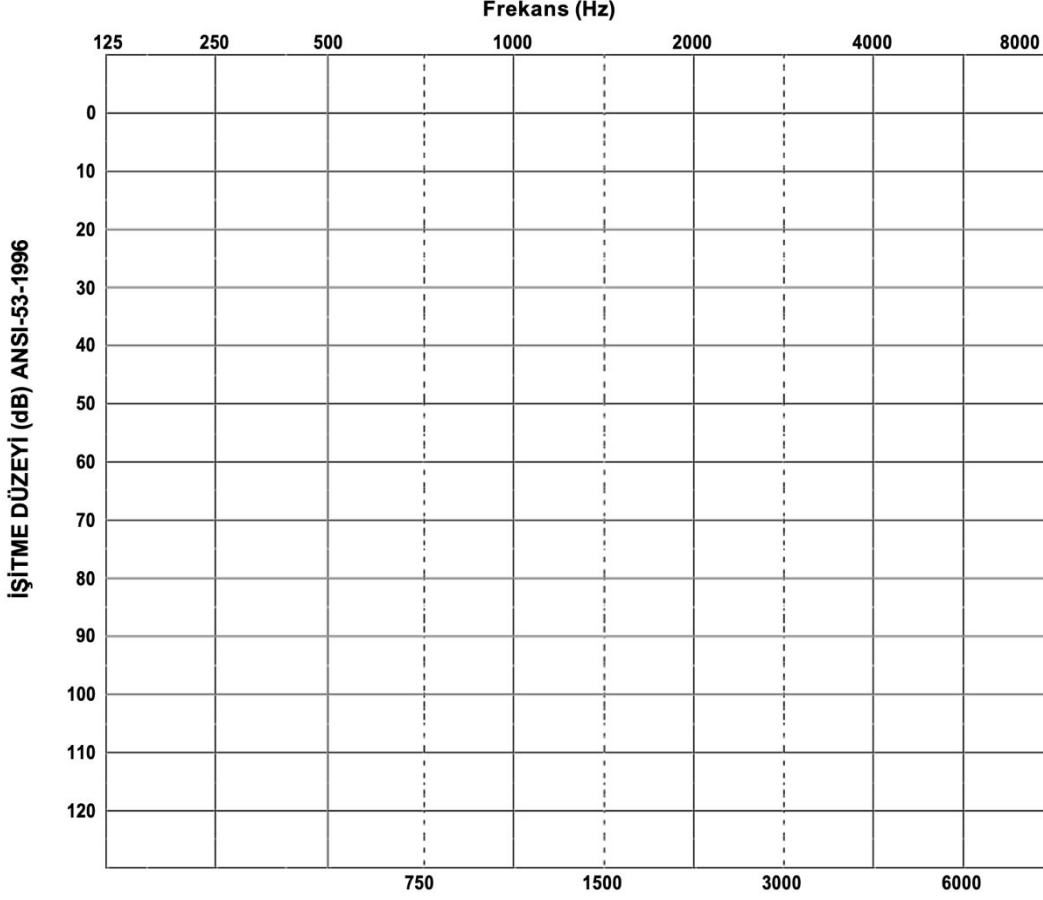
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 27

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 28

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 28

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

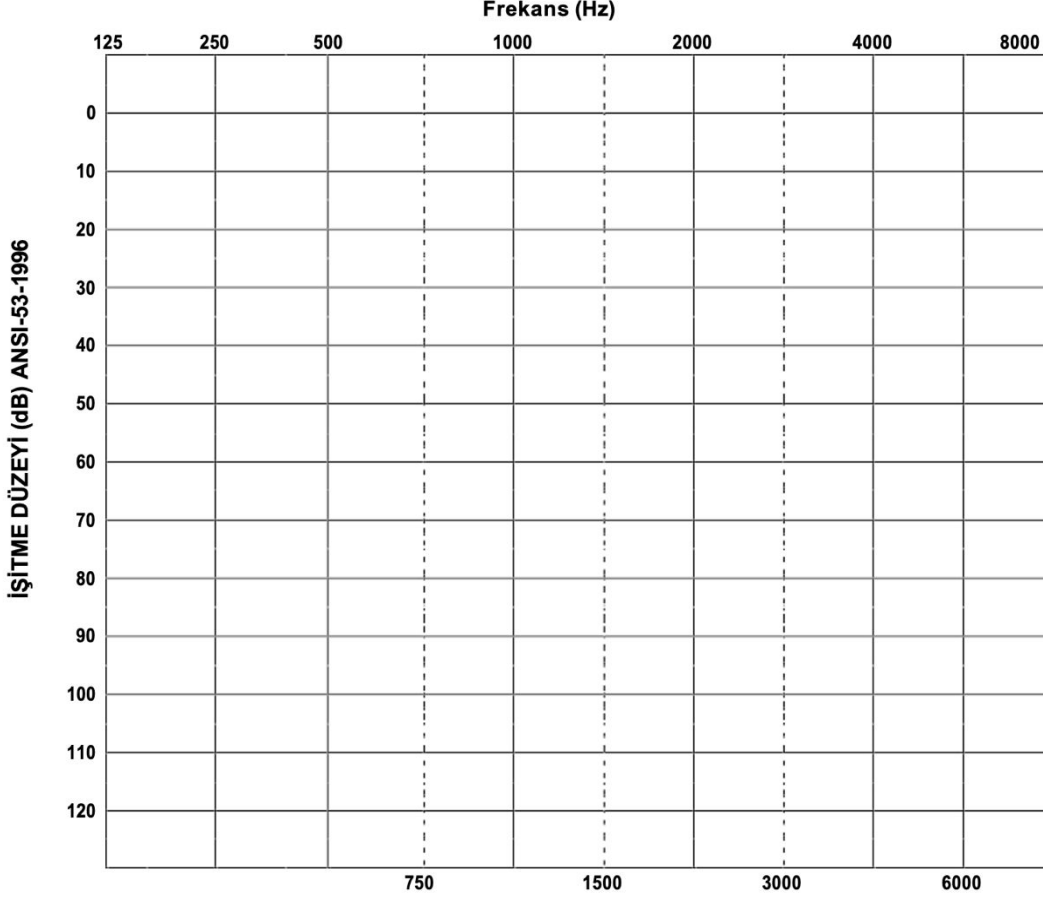
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 28

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

**SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)**

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanrı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 29

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 29

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

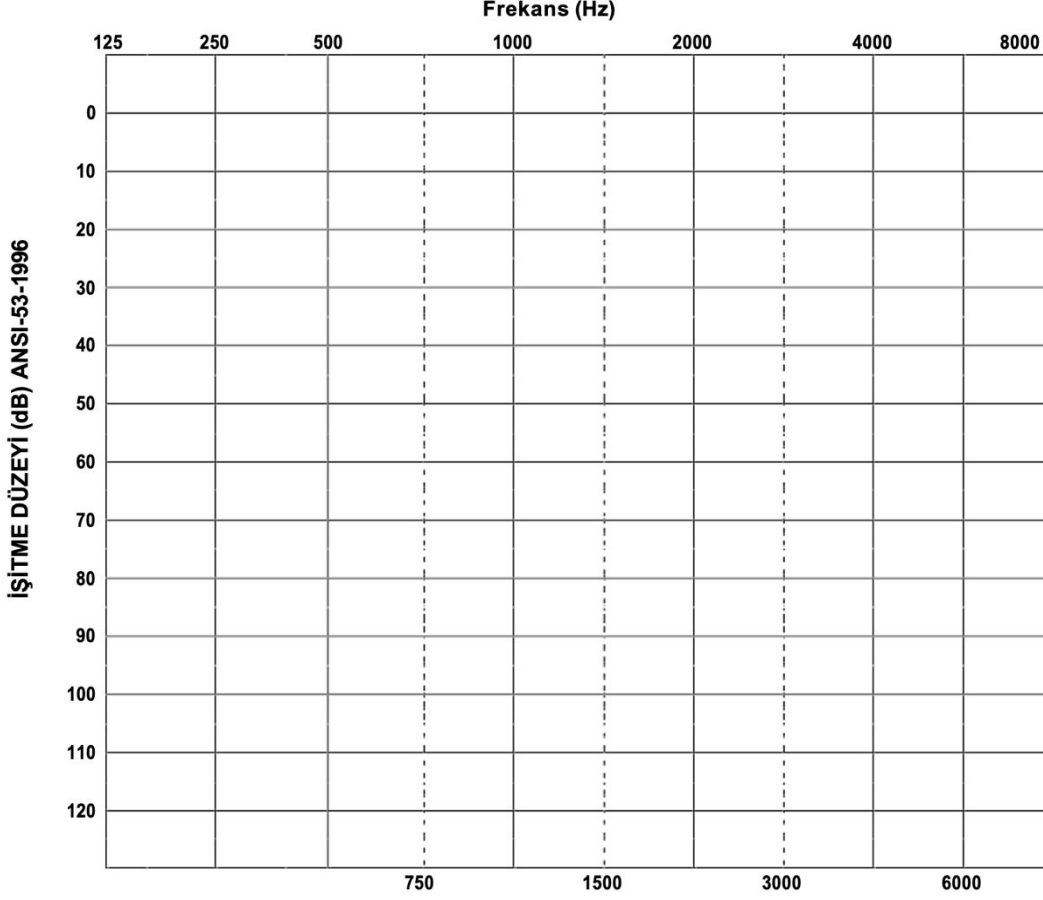
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 29

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

VAKA 30

Yetişkin Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

1. Hangi şikayetle geldiniz?
2. İşitme kaybınız ani mi başladı?
3. İşitme kaybınız ne zaman başladı ve ne zamandır var?
4. İşitme kaybınız hangi kulağınızda?
5. Yandaki yakınmalardan şikayetçi misiniz? (Uğultu, Çınlama, Dolgunluk, Kulak ağrısı, Kulak akıntısı, Baş dönmesi vb.)
6. Ailenizde işitme kaybı öyküsü var mı?
7. İşitme kaybınız zaman zaman iyileşip kötüleşiyor mu?
8. Herhangi bir kafa darbesi aldınız mı veya gürültülü ortamda bulundunuz mu?
9. Ek bir rahatsızlığınız ve/veya sürekli kullandığınız bir ilaç var mı varsa nedir?
10. Daha önce işitme testi yaptırdınız mı? Yaptırdıysanız sonucunu ne idi?
11. İşitme cihazı kullanıyorsanız ne zamandır? Hangi kulakta kullanıyorsunuz?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 30

Pediyatrik Vaka için Anamnez Formu

Tarih:

Hasta Adı ve Soyadı:

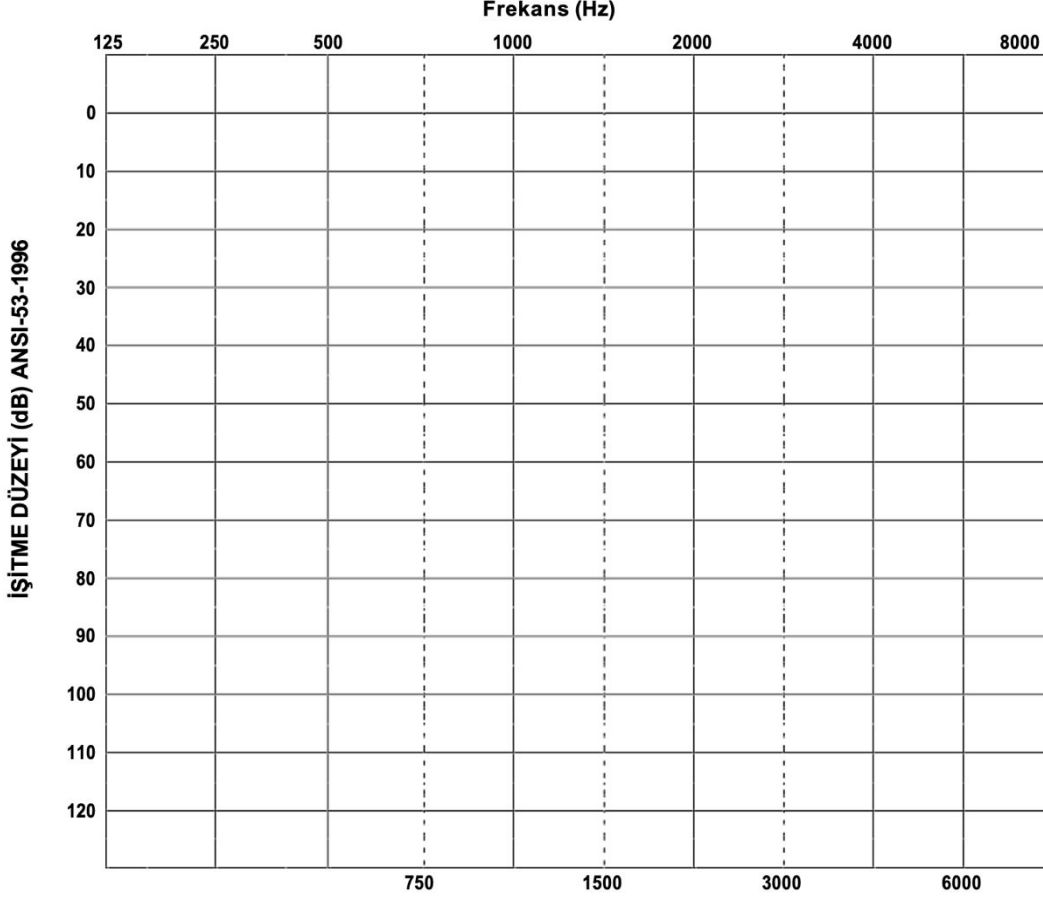
Doğum Tarihi:

1. Çocuğunuz Yeni Doğan İşitme Taramasından geçti mi?
2. Çocuğunuzun işitmeyle ilgili bir problemi olduğunu düşünüyor musunuz? Gelme sebebiniz nedir?
3. Çocuğunuzun işitme sorunu sabit mi değişkenlik gösteriyor mu?
4. Çocuğunuz şimdiye dek orta kulak enfeksiyonu tanısı aldı mı aldıysa ne sıklıkla aldı?
5. Çocuğunuzun kulağına tüp takıldı mı?
6. İşitme, konuşma ve gelişimle ilgili herhangi bir tanı aldı mı?
7. Çocuğunuz yandaki durumlardan birini geçirdi mi? Kızamık, Menenjit, Kabakulak, Alerji, 5 günü aşan yoğun bakım tedavisi, Sarılık, Anoksi, Anne karnında geçirilen enfeksiyon vb.
8. Çocuğunuz başka bir bölüm tarafından takip ediliyor mu?

Belirtilmek istenilen diğer durumlar:

VAKA 30

ODYOGRAM



TİMPANOGRAM

	SAĞ	SOL
Orta Kulak Basıncı (daPa)		
Dış Kulak Kanalı Volum (ml)		
Statik Komplians (ml)		
Tip		

AKUSTİK REFLEKS EŞİKLERİ

		500 Hz	1000 Hz	2000 Hz	4000 Hz
SAĞ	İpsi				
	Kontra				
SOL	İpsi				
	Kontra				

SAF SES ORTALAMASI
(500+1000+2000+4000)

	SAĞ	SOL	ALETLE
HAVA			
KEMİK			

KONUŞMA ODYOMETRİSİ

SRT KONUŞMAYI ANLAMA EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

SDS KONUŞMAYI AYIRDETME SKORU			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE
dB	dB	dB	dB

SDT KONUŞMAYI FARK ETME EŞİĞİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

MCL EN RAHAT ANLAMA SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

UCL RAHATSIZ EDİCİ SES SEVİYESİ (dB)			
S. ALAN	SAĞ	SOL	ALETLE

OTOAKUSTİK EMİSYON

	SAĞ	SOL
TEOAE		
DPOAE		

Yapılan Odyolojik Değerlendirmeler ve Gözlemler:

.....

.....

.....

Tanı:.....

.....

.....

Değerlendirme/Öneri:.....

.....

.....

ONAY:

ÖĞRENCİ STAJ DEĞERLENDİRME FORMU

(Bu kısım staj bitiminde staj yapan öğrenci tarafından doldurulacaktır.)

Stajyer Öğrenci Adı Soyadı	
Staj Yaptığı Kurum Adı	

Aşağıda yer alan ifadeler bitirmiş olduğunuz stajınız ve staj yerinize yönelik değerlendirmeleri içermektedir. Stajınızın daha verimli hale getirilebilmesi için aşağıda yer alan maddeleri objektif şekilde cevaplayınız.

Lütfen uygun kutucuğu (X) ile işaretleyiniz.

	Çok iyi	İyi	Orta	Zayıf	Çok Zayıf
Mesleğiniz adına stajın sizde bıraktığı genel etki					
Staj sürecinin iş yaşantısı ve disiplini konusunda kazandırdığı bakış açısı					
Stajın teorik bilginize katkısı					
Stajın pratik bilginize ve klinik karar verme sürecinize katkısı					
Staj yerinin fiziksel koşulları ve olanakları					
Staj yaptığınız kurumun hasta profili ve çeşitliliği					
Yeni uygulamaların miktarı					
Derste öğrendiklerinizin staja katkısı					
Çalışanların stajyerlere yaklaşımı					

Öğrenci İmzası

T.C.

OKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU