

新生兒聽力確診醫療機構條件

壹、設置人員

※第一至四項為必要項目，第五至七項為非必要選項

一、耳鼻喉科醫師

1. 專責聽篩複檢業務之醫師至少 1 名
2. 具備判讀複檢相關檢查結果能力
3. 聽篩不通過後相關處置與諮詢

二、小兒科醫師

1. 至少 1 名小兒科醫師
2. 聽力初步確診不通過後相關理學檢查及實驗室檢查(如血液學檢查)

三、聽力師

1. 至少一名資深聽力師 (三年以上臨床聽力師資歷)
2. 可執行嬰幼兒電生理及行為聽檢
3. 可執行新生兒聽力確診之流程與諮詢

四、個案管理人員聯絡協調人員

1. 有專責負責新生兒聽力篩檢轉介、聯繫、回報之個案管理人員
2. 個案管理人員可由相關人員擔任(護理師、聽力師、個案管理師)
3. 可執行新生兒聽力確診之流程與諮詢
4. 協助聽力確診異常個案早療轉介

五、聽障遺傳學專家

有聽障遺傳學專家提供遺傳因子異常之諮詢與檢查服務

六、社工師

有社工師可針對家庭狀況特殊個案進行評估與資源提供之服務。

七、語言治療師

有語言治療師可針對先天性聽力損失個案進行語言發展評估與提供語言治

療之服務。

貳、設備與技術

※第 1-5 項為必要項目，6-7 項為非必要選項

1. 執行「自動聽性腦幹反應(aABR)」設備
2. 執行「診斷性聽性腦幹反應」設備
3. 執行「耳聲傳射」設備
4. 執行<聲阻抗>聽力測試之設備
5. 執行嬰幼兒行為聽檢之標準隔音聲場設備
6. 高解析度顫骨電腦斷層設備與技術
7. 染色體遺傳基因檢測之設備與技術

檢查方式：口腔黏膜抹片、血液檢體

參、嬰幼兒聽力評估之臨床操作能力評估

1. 執行自動聽性腦幹反應(aABR)
2. 收集個案及家族病史資料
3. 小兒科評估及血液檢查
4. 執行聲阻抗聽力檢查（鼓室圖；聲反射閾值）
5. 執行耳聲傳射檢查（DPOAE；TEOAE）
6. 執行穩定狀態誘發電位反應(ASSR)
7. 聽性腦幹反應(ABR)應含蓋以下
 - (1)執行 click-evoked ABR (threshold estimation)
 - (2)執行 tone burst-evoked ABR
 - (3)執行 bone-conducted ABR
8. 執行行為聽力檢查
9. 提供簡要的檢查結果諮詢與聽損早期療育的轉介
10. 確認聽損兒聽能輔具之初步選配

附表

「新生兒聽力確診醫療機構」評核申請表

壹、申請單位基本資料表

申請醫療機構	全名：			
醫療機構負責人	姓名：			
醫事機構代碼				
地址				
聯絡人	姓名		電話	
	傳真			
新生兒聽力確診 主責醫師	姓名		電話	
	科別		e-mail	

貳、人員名單（請將負責新生兒聽力確診所有人員資料填於附表，並檢送相關證件之影本）。

姓名	職稱	年齡	性別	學歷	證書字號	到職年月日

參、應檢附文件

開業執照影本

人員證件影本

肆、設置人員執行工作內容：

※第一至三項為必要項目，第四至六項為非必要選項

一、醫師：

(一)耳鼻喉科醫師，是 否 有專責聽篩確診業務之醫師，共_____名。

➤ 負責醫師姓名：_____
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 具備判讀複檢相關檢查結果能力
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 聽篩不通過後相關處置與諮詢
➤ 負責醫師姓名：_____
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 具備判讀複檢相關檢查結果能力
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 聽篩不通過後相關處置與諮詢
➤ 負責醫師姓名：_____
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 具備判讀複檢相關檢查結果能力
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 聽篩不通過後相關處置與諮詢

(二)小兒科醫師，共_____名。

➤ 負責醫師姓名：_____
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 聽力初步確診不通過後相關理學檢查及實驗室檢查(如：血液學檢查)
➤ 負責醫師姓名：_____
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 聽力初步確診不通過後相關理學檢查及實驗室檢查(如：血液學檢查)
➤ 負責醫師姓名：_____
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 聽力初步確診不通過後相關理學檢查及實驗室檢查(如：血液學檢查)

二、聽力師，是 否 有至少一名資深聽力師(三年以上臨床聽力師資歷)，共_____名。

➤ 聽力師姓名：_____
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 嬰幼兒電生理及行為聽檢
是 <input type="checkbox"/> 否 <input type="checkbox"/> 新生兒聽力確診之流程與諮詢

➤ 聽力師姓名：_____

是 否 熟悉嬰幼兒電生理及行為聽檢

是 否 熟悉新生兒聽力確診之流程與諮詢

➤ 聽力師姓名：_____

是 否 熟悉嬰幼兒電生理及行為聽檢

是 否 熟悉新生兒聽力確診之流程與諮詢

三、個案管理、聯絡協調人員：

是 否 有專責負責新生兒聽力篩檢轉介、聯繫、回報之個案管理人員，共_____名。

➤ 個案管理、聯絡協調人員之姓名：_____

➤ 個案管理人員資歷為護理師 聽力師 個案管理師 其他：_____

➤ 是 否 熟悉新生兒聽力確診之流程與諮詢

➤ 負責業務：接受其他院所轉介 家長諮詢 安排複檢 轉介早期療育系統

➤ 個案管理人員、聯絡協調人員之姓名：_____

➤ 個案管理人員資歷為護理師 聽力師 個案管理師 其他：_____

➤ 是 否 新生兒聽力確診之流程與諮詢

➤ 負責業務：接受其他院所轉介 家長諮詢 安排複檢 轉介早期療育系統

四、聽障遺傳學專家

- 是 否 有聽障遺傳學專家提供遺傳因子異常之諮詢與檢查服務，共_____名。
- 聽障遺傳學專家之姓名：_____

五、社工師

- 是 否 有社工師可針對家庭狀況特殊個案進行評估與資源提供之服務，共_____名。
- 社工師之姓名：_____

六、語言治療師

- 是 否 有語言治療師可針對先天性聽力損失個案進行語言發展評估與提供語言治療之服務，共_____名。
- 語言治療師之姓名：_____

伍、設備與技術：

※第 1-5 項為必要項目，6-7 項為非必要選項

1. 是 否 執行「自動聽性腦幹反應(aABR)」設備
 2. 是 否 執行「診斷性聽性腦幹反應」設備
 3. 是 否 執行「耳聲傳射」設備
 4. 是 否 執行<聲阻抗>聽力測試之設備
 5. 是 否 執行嬰幼兒行為聽檢之標準隔音聲場設備
 6. 是 否 高解析度顫骨電腦斷層設備與技術
 7. 是 否 染色體遺傳基因檢測之設備與技術
- 檢查方式 口腔黏膜抹片 血液檢體

陸、嬰幼兒聽力評估之臨床操作能力評估

※第 1-5 項為必要項目，6-10 項為非必要選項

1. 是 否 執行自動聽性腦幹反應(aABR)
2. 是 否 收集個案及家族病史資料
3. 是 否 小兒科評估及血液學檢查
4. 是 否 執行聲阻抗聽力檢查 (鼓室圖; 聲反射閾值)
5. 是 否 執行耳聲傳射檢查 (DPOAE; TEOAE)
6. 是 否 執行穩定狀態誘發電位反應(ASSR)
7. 聽性腦幹反應(ABR)
是 否 執行 click-evoked ABR (threshold estimation)
是 否 執行 tone burst-evoked ABR
是 否 執行 bone-conducted ABR
8. 是 否 執行行為聽力檢查
9. 是 否 提供簡要的檢查結果諮詢與聽損早期療育的轉介
10. 是 否 確認聽損兒聽能輔具之初步選配

柒、複檢流程

是 否 有專人專線接受轉介院所或家長聯繫之窗口

- 專線號碼: _____ ; 負責人員: _____
- 事先已聯繫者, 能 否 在就診當日進行複檢
- 事先未聯繫者, 是 否 能在 1-2 周內安排門診與複檢