

01

I. blok prednášok

- Organizácia zdravotnej starostlivosti o dieťa s poruchou sluchu na Slovensku, práca pedakustika - prínos alebo problém?
Šebová, I., Koman A. 20´

- **Centrálny register pre deti s poruchou sluchu na Slovensku**
Langová L., Grebečiová L., Šebová I. 20´

- SIGNIA - budúcnosť načúvacích prístrojov
Sivantos / Siemens - firemná prednáška 20´

- Okrúhly stôl k problematike
Koman A., Langová L., Lejska M., Majtán F., Majtánová Ľ., Šebová I., Šlapák I. 30´

12:30-13:30 Obedová prestávka, návšteva výstavníka

Detská fakultná nemocnica s poliklinikou



Archív DORLK

Detská ORL klinika

- ambulantná časť
- lôžková časť
- operačné sály

- diagnostika porúch sluchu



Archív DORLK

Diagnostika percepčných porúch sluchu

- OAE
- AABR
- ASSR / CHIRP



Archív DORLK

Pacient Jakub, nar. 17.5.2009 (7,5 roka)

- narodený v 27. g.t. (zápal plodových obalov)
- 1 operácia hernie
- aktuálne celkovo zdravý
- sledovaný dlhodobo logopédom pre poruchu reči (dyslália)
- vyšetrený neurológom, psychológom a ORL lekárom

Pacient Jakub, nar. 17.5.2009

Meno: [redacted] Jakub

R.Č.: [redacted]

Poistovňa: 2700

Miesto: [redacted]

11/2014 Dieťa odoslané na ORL vyšetrenie pre poruchu reči

ORL vyšetrenie:

Uši: vpravo zvukovod voľný, blana bubienka sivá, diferencovaná AR 98db

vľavo: zvukovod voľný, blana bubienka sivá diferencovaná AR 120 db

Nos: nosová dutina uššia, priechodná, sliznica ružovočervená, v zadnej časti hlien

Hltan: sliznica ružová, v klenbe adenoidné vegetácie

podnebné mandle hyperplastické t.č. bez obsahu

Häver: Vegetationes adenoideas

Hyperplasia tonsillarum palatinarum

Odp. preplachovať nosohltan roztokom morskej soli alebo spray morskej soli do

nosa, orientačne sluch v norme

Odp. kontrola o pol roka

Pacient Jakub, nar. 17.5.2009

- **tónová audiometria - nespolupracuje**
- **2.6.2016 ASSR**
vpravo 55 - 45 - 65 - 65 dB
vľavo 40 - 60 - 65 - nepercipuje

Pacient Štefan, nar. 15.4.2007 (9,5 roka)

- **surdomutitas !!!**
- **pediater ?**
- **inak celkovo zdravý**
- **v roku 2010 ASSR ako 3-ročný:
vpravo nepercipoval na žiadnej frekvencii
vľavo nepercipoval - 105 - 90 - 85 dB**

Pacient Štefan, nar. 15.4.2007 (9,5 roka)

- foniater v roku 2010 po ASSR
- načúvací aparát na ľavé ucho
- 2 roky nepravidelné kontroly u foniatra

Pacient Štefan, nar. 15.4.2007 (9,5 roka)

- foniater odišiel v roku 2012
- ORL lekár v roku 2014
- ORL lekár v 10/2016
- dieťa chodí do bežnej základnej školy bez akejkoľvek podpory

Legislatíva (1)



Odborné usmernenie pre včasnú diagnostiku poruchy sluchu u **novorodencov** a **detí** MZ SR číslo 25940-7/2005 - OZS zo dňa 20.3.2006

Legislatíva (2)



Každému novorodencovi sa musí vyšetriť sluch skríningovým prístrojom na vyšetrenie transientných otoakustických emisií najneskôr na tretí deň života novorodenca.

U rizikových novorodencov sa vyšetrenie vykoná do jedného mesiaca života.

Legislatíva (3)



Každé dieťa s potvrdenou poruchou sluchu sa nahlasuje do centrálného registra na Detskú ORL kliniku DFNsP a LF UK v Bratislave. Nahlasuje sa meno, vek, adresa dieťaťa a prah sluchu.

Legislatíva (4)



Tieto údaje sa poskytnú Ministerstvu zdravotníctva Slovenskej republiky, ako aj do centrálnej európskej databázy pre včasnú diagnostiku poruchy sluchu.

Realita



- skríning sa vykonáva
- do decembra 2015 údaje nenahlasované
 - pokus v roku 2011



November 2015



- hlásenka poštou
- 56 pôrodníc na Slovensku

Hlásenka

V súlade s Odborným usmernením pre včasnú diagnostiku poruchy sluchu u novorodencov a detí Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky číslo 25940-7/2005 - OZS zo dňa 20.3.2006.

Povinný novorodenecký skríning sluchu

Údaje o dieťati:

Meno:

Priezvisko:

Dátum narodenia:

Adresa:

OAE obojstranne nevýbavné

OAE vpravo nevýbavné, vľavo výbavné

OAE vľavo nevýbavné, vpravo výbavné

Prítomnosť vrodenej vývojovej odchýlky zistenej pri narodení (napr. atrézia vonkajšieho zvukovodu, rászštepy podnebia...):

Údaje o rodičovi / zákonnom zástupcovi:

Meno matky / zákonnej zástupkyne:

Adresa:

Tel. č.:

Email:

Meno otca / zákonného zástupcu:

Adresa:

Tel. č.:

Email:

Meno a adresa ambulancie všeobecného lekára pre deti a dorast:

Zákonný zástupca svojím podpisom potvrdzuje, že bol informovaný a poučený podľa príslušných ustanovení zákona o zdravotnej starostlivosti /§6 a §11 zákona č. 576/2004 Z.z. v platnom znení/ o zdravotnom stave dieťaťa, odporúčanej liečbe a očakávanom vývoji, o rizikách ovplyvňujúcich vývoj zdravotného stavu, ako aj s možnými následkami nerešpektovania odporúčanej liečby.

Svojím podpisom potvrdzujem, že súhlasím so spracovaním osobných údajov dieťaťa na štatistické účely na vedenie klinického registra vrámci Detskej ORL kliniky DFNsP v Bratislave.

V

dňa

Podpis rodiča

V súlade s Odborným usmernením pre včasnú diagnostiku poruchy sluchu u novorodencov a detí Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky číslo 25940-7/2005 - OZS zo dňa 20.3.2006.

Povinný novorodenecký skríning sluchu

Údaje o dieťati:

Meno:

Priezvisko:

Dátum narodenia:

Adresa:

OAE obojstranne nevýbavné

OAE vpravo nevýbavné, vľavo výbavné

OAE vľavo nevýbavné, vpravo výbavné

Prítomnosť vrodenej vývojovej odchýlky zistenej pri narodení (napr. atrézia vonkajšieho zvukovodu, rázštep podnebia...):

Údaje o rodičovi / zákonnom zástupcovi:

Meno matky / zákonnej zástupkyne:

Adresa:

Tel. č.:

Email:

Meno otca / zákonného zástupcu:

Adresa:

Tel. č.:

Email:

**Meno a adresa ambulancie všeobecného lekára
pre deti a dorast:**

Zákonný zástupca svojím podpisom potvrdzuje, že bol informovaný a poučený podľa príslušných ustanovení zákona o zdravotnej starostlivosti /§6 a §11 zákona č. 576/2004 Z.z. v platnom znení/ o zdravotnom stave dieťaťa, odporúčanej liečbe a očakávanom vývoji, o rizikách ovplyvňujúcich vývoj zdravotného stavu, ako aj s možnými následkami nerešpektovania odporúčanej liečby.

Svojím podpisom potvrdzujem, že súhlasím so spracovaním osobných údajov dieťaťa na štatistické účely na vedenie klinického registra vrámci Detskej ORL kliniky DFNsP v Bratislave.

V

dňa

Podpis rodiča

Ako by to malo prebiehať

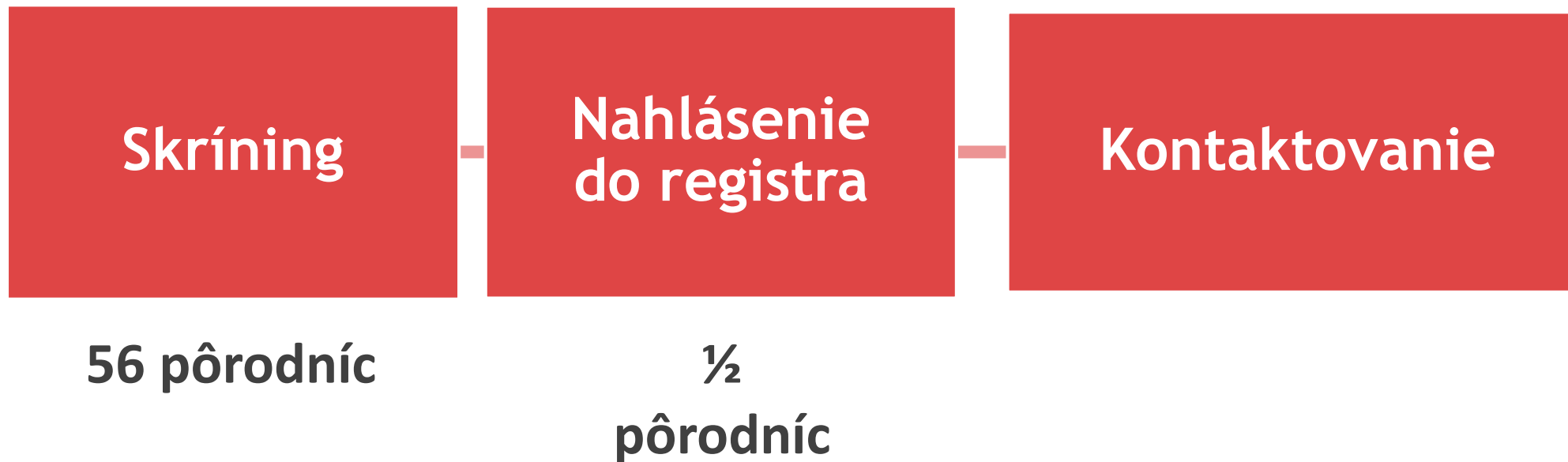


Skríning

**Nahlásenie
do registra**

Kontaktovanie

Ako to prebieha



1.12.2015 - 15.10.2016 (1)



- 425 novorodencov nahlásených (nevýbavné TEOAE uni- alebo bilaterálne)
- 71 detí pri kontrole obojstranne výbavné TEOAE
- latencia

1.10.2015 - 15.10.2016 (2)



- 9 detí nedovyšetovaných napriek nevýbavným TEOAE
- vyšetrenie odporúčené v prepúšťacej správe
- rodičia nevedeli
- pediater neodporučil

1.10.2015 - 15.10.2016 (3)



- **1 dieťa - vyšetrené ORL lekárom v 2,5 mesiaci**
- **otoskopia a tympanometria v norme**
- **d'alšie vyšetrenie neodporučené**

1.10.2015 - 15.10.2016 (4)



- **1 dieťa - pediater rodičom oznámil, že kontrola sa vykonáva až okolo jedného roku života dieťaťa**

Návrh



Skríning

**Nahlásenie
do registra**

Kontaktovanie

Problémy



- domáce pôrody
- pôrody v zahraničí

Legislatívna opäť



Každé dieťa s potvrdenou poruchou sluchu sa nahlasuje do centrálného registra na Detskú ORL kliniku DFNsP a LF UK v Bratislave. Nahlasuje sa meno, vek, adresa dieťaťa a prah sluchu.

Hlásenka 2

V súlade s Odborným usmernením pre včasnú diagnostiku poruchy sluchu u novorodencov a detí Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky číslo 25940-7/2005 - OZS zo dňa 20.3.2006.

CENTRÁLNY REGISTER pre deti s poruchou sluchu

Údaje o dieťati:

Meno:

Priezvisko:

Dátum narodenia:

Adresa:

Porucha sluchu vpravo:

Porucha sluchu vľavo:

Dátum: Použitá vyšetrovacia metóda:

Meno lekára, ktorý stanovil poruchu sluchu:

Navrhnutá liečba:

Údaje o rodičovi / zákonnom zástupcovi:

Meno matky / zákonnej zástupkyne:

Adresa:

Tel. č.:

Email:

Meno otca / zákonného zástupcu:

Adresa:

Tel. č.:

Email:

Meno a adresa ambulancie všeobecného lekára pre deti a dorast:

Zákonný zástupca svojim podpisom potvrdzuje, že bol informovaný a poučený podľa príslušných ustanovení zákona o zdravotnej starostlivosti /§6 a §11 zákona č. 576/2004 Z.z. v platnom znení/ o zdravotnom stave dieťaťa, odporúčanej liečbe a očakávanom vývoji, o rizikách ovplyvňujúcich vývoj zdravotného stavu, ako aj s možnými následkami nerešpektovania odporúčanej liečby.

Svojím podpisom potvrdzujem, že súhlasím so spracovaním osobných údajov dieťaťa na štatistické účely na vedenie klinického registra vrámci Detskej ORL kliniky DFNSP v Bratislave.

V

dňa

Podpis rodiča.....

V súlade s Odborným usmernením pre včasnú diagnostiku poruchy sluchu u novorodencov a detí Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky číslo 25940-7/2005 - OZS zo dňa 20.3.2006.

CENTRÁLNY REGISTER pre deti s poruchou sluchu

Údaje o dieťati:

Meno:

Priezvisko:

Dátum narodenia:

Adresa:

Porucha sluchu vpravo:

Porucha sluchu vľavo:

Dátum:

Použitá vyšetrovacia metóda:

Meno lekára, ktorý stanovil poruchu sluchu:

Navrhnutá liečba:

Údaje o rodičovi / zákonnom zástupcovi:	
Meno matky / zákonnej zástupkyne:	
Adresa:	
Tel. č.:	Email:
Meno otca / zákonného zástupcu:	
Adresa:	
Tel. č.:	Email:
Meno a adresa ambulancie všeobecného lekára pre deti a dorast:	

Zákonný zástupca svojim podpisom potvrdzuje, že bol informovaný a poučený podľa príslušných ustanovení zákona o zdravotnej starostlivosti /§6 a §11 zákona č. 576/2004 Z.z. v platnom znení/ o zdravotnom stave dieťaťa, odporúčanej liečbe a očakávanom vývoji, o rizikách ovplyvňujúcich vývoj zdravotného stavu, ako aj s možnými následkami nerešpektovania odporúčanej liečby.

Svojím podpisom potvrdzujem, že súhlasím so spracovaním osobných údajov dieťaťa na štatistické účely na vedenie klinického registra vrámci Detskej ORL kliniky DFNSP v Bratislave.

V dňa Podpis rodiča.....

Hlásenka 2

nie sekretorické otitídy

V súlade s Odborným usmernením pre včasnú diagnostiku poruchy sluchu u novorodencov a detí Ministerstva zdravotníctva Slovenskej republiky číslo 25940-7/2005 - OZS zo dňa 20.3.2006.

CENTRÁLNY REGISTER pre deti s poruchou sluchu

Údaje o dieťati:

Meno:

Priezvisko:

Dátum narodenia:

Adresa:

Porucha sluchu vpravo:

Porucha sluchu vľavo:

Dátum:

Použitá vyšetrovacia metóda:

Meno lekára, ktorý stanovil poruchu sluchu:

Navrhnutá liečba:

Údaje o rodičovi / zákonnom zástupcovi:

Meno matky / zákonnej zástupkyne:

Adresa:

Tel. č.:

Email:

Meno otca / zákonného zástupcu:

Adresa:

Tel. č.:

Email:

Meno a adresa ambulancie všeobecného lekára pre deti a dorast:

Zákonný zástupca svojim podpisom potvrdzuje, že bol informovaný a poučený podľa príslušných ustanovení zákona o zdravotnej starostlivosti /§6 a §11 zákona č. 576/2004 Z.z. v platnom znení/ o zdravotnom stave dieťaťa, odporúčanej liečbe a očakávanom vývoji, o rizikách ovplyvňujúcich vývoj zdravotného stavu, ako aj s možnými následkami nerešpektovania odporúčanej liečby.

Svojím podpisom potvrdzujem, že súhlasím so spracovaním osobných údajov dieťaťa na štatistické účely na vedenie klinického registra vrámci Detskej ORL kliniky DFNSP v Bratislave.

V

dňa

Podpis rodiča.....

Pacient Štefan, nar. 15.4.2007 (9,5 roka)

- **surdmutitas !?!**



**Ďakujeme
za pozornosť.**