သင့်ကလေးသည် အကြားအာရုံ ပြန်လည်စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် ရောဂါရှာဖွေဖော်ထုတ်ခြင်းဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်မှုကို အောင်မြင်ခဲ့ပါသည်

ဤစာရွက်ကို သင့်ကလေး၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး ဆေးပေးခန်းနှင့် ပြန်လည်ပြသရမည့် ရက်ချိန်း၌ ယူဆောင်လာပါ။

သင့်ကလေး၏ အမည် ______________________________

သင့်ကလေး၏ မွေးသက္ကရာဇ် ______________________________

မွေးခါစ အကြားအာရုံ ပြန်လည်စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ်
ရောဂါရှာဖွေဖော်ထုတ်ခြင်းဆိုင်ရာ အကဲဖြတ်မှု ရက်စွဲ ______________________________

အကြားအာရုံပိုင်းဆိုင်ရာ ပညာရှင်၏ အမည် ______________________________

အကြားအာရုံပိုင်းဆိုင်ရာ ပညာရှင်၏ ဖုန်းနံပါတ် ______________________________

စစ်ဆေးမှုတွင် အသုံးပြုသည်များ-

☐ အသံတုန်ခါမှုကို တိုးမြှင့်ပေးသော အာရုံခံဆဲလ်၏ လုပ်ဆောင်ချက်ကို စစ်ဆေးသောစက် (Otoacoustic Emissions, OAE)

☐ အကြားပိုင်းဆိုင်ရာ ဦးနှောက်ဆဲလ်၏ တုံ့ပြန်မှုတိုင်းစက် (Auditory Brainstem Response, ABR)

ညာဘက်နား စစ်ဆေးခြင်း	*ဘယ်ဘက်နား စစ်ဆေးခြင်း*
☐ အောင်မြင်သည်	☐ အောင်မြင်သည်
☐ မအောင်မြင်ပါ	☐ မအောင်မြင်ပါ
☐ မစစ်ဆေးပါ	☐ မစစ်ဆေးပါ

မွေးကင်းစ ကလေးသည် အကြားအာရုံစစ်ဆေးမှုကို အောင်မြင်သော်လည်း အကြားအာရုံ ချို့ယွင်းမှုကို ခံစားရနိုင်ပါသလား။

ခံစားရနိုင်ပါသည်၊ အကြားအာရုံသည် အချိန်မရွေး ပြောင်းလဲနိုင်ပါသည်။ ယခု သို့မဟုတ် နောင်အနာဂတ်တွင် အောက်ပါဖော်ပြချက် တစ်စုံတစ်ရာသည် သင့်ကလေးအတွက် မှန်ကန်ပါက သင့်ကလေး၏ ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုပေးသူနှင့် ပြောဆိုဆွေးနွေးပါ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေး ဆေးပေးခန်းသို့ ဆက်သွယ်ပါ-

- **သင့်ကလေး၏ မိဘအရင်းတစ်ဦး သို့မဟုတ် ၎င်း၏ သွေးရင်းမိသားစုဝင်များအနက်မှ တစ်ဦးသည် ကလေးဘဝတွင် နားမကြားခြင်း သို့မဟုတ် နားလေးခြင်း ခံစားခဲ့ရသည်။**
- **ကျွန်ုပ်၏ရင်သွေးသည် မွေးကင်းစ အထူးကြပ်မတ်ကုသဆောင် (neonatal intensive care unit) သို့မဟုတ် ကလေး အထူးကြပ်မတ်ကုသဆောင် (pediatric intensive care unit) ဟုခေါ်သော ဆေးရုံ၏ "NICU" သို့မဟုတ် "PICU" တွင် တက်ရောက်ခဲ့သည်။**
- **ကျွန်ုပ်၏ရင်သွေးသည် သွေးသွင်းခြင်း - သွေးသွင်းခြင်း အထူးအမျိုးအစားတစ်ခုကို ပြုလုပ်ခဲ့ရသည်။**
- **ကျွန်ုပ်၏ရင်သွေးသည် နားပိုးဝင်ခြင်း ခံစားနေရသည် သို့မဟုတ် နားပိုးဝင်ခြင်း အကြိမ်ရေအမြောက်အများ ခံစားခဲ့ရသည်။**
- **ကျွန်ုပ်၏ရင်သွေးသည် ဦးခေါင်းထိခိုက်ဒဏ်ရာရရှိမှု ခံစားနေရသည် သို့မဟုတ် ဦးခေါင်းထိခိုက်ဒဏ်ရာရရှိမှု ခံစားခဲ့ရသည်။**
- **ကျွန်ုပ်၏ရင်သွေးသည် ကောင်းစွာ ကြားနိုင်သည်ဟု မထင်ပါ။**
- **ကျွန်ုပ်၏ရင်သွေးသည် စကားကောင်းစွာ ပြောနိုင်သည်ဟု မထင်ပါ။**
- **ကျွန်ုပ်ရင်သွေး၏ အပြုအမူများသည် ဤစာရွက်၏နောက်ကျောတွင် ပါရှိသော အကြားအာရုံ စစ်ဆေးရန်အချက်များနှင့် ကွဲပြားနေသည်။**

အကြားအာရုံ စစ်ဆေးရန်အချက်များ

ဤသည်မှာ ကလေးသည် နားမကြားခြင်း သို့မဟုတ် နားလေးခြင်းမဟုတ်ပါက လုပ်ဆောင်နိုင်မည့် ယေဘုယျအချက်အချို့ ဖြစ်ပါသည်-

မွေးစမှ 3 လ

- ☐ အသံများကြားလျှင် လန့်ခြင်း
- ☐ မိဘ သို့မဟုတ် ပြုစုစောင့်ရှောက်သူ၏အသံ ကြားလျှင် ငြိမ်သွားခြင်း
- ☐ ၎င်း၏ခေါင်းကို သင့်အသံကြားသည့်ဘက်သို့ လှည့်ခြင်း

3 လမှ 6 လ

- ☐ သင့်အသံကို ရှာရန် မျက်လုံးနှင့် ခေါင်းကို လှည့်ခြင်း
- ☐ အသံမျိုးစုံကို ဗလုံးဗထွေးပြောခြင်း
- ☐ အသံထွက်သည့် အရုပ်များကို နှစ်သက်ခြင်း

6 လမှ 9 လ

- ☐ ၎င်း၏အမည်ကို ကြားပါက တုံ့ပြန်ခြင်း
- ☐ "မလုပ်ရဘူး" နှင့် "တာ့တာ" ကဲ့သို့သော လွယ်ကူသည့် စကားလုံးများကို နားလည်ခြင်း
- ☐ "ဖေ-ဖေ" သို့မဟုတ် "မေ-မေ" ခေါ်ခြင်း

9 လမှ 12 လ

- ☐ ရိုးရှင်းသော စကားလုံးများနှင့် အသံများကို ထပ်ခါထပ်ခါ ပြောခြင်း
- ☐ "ဖေ-ဖေ" သို့မဟုတ် "မေ-မေ" အပြင် စကားလုံး 2 လုံးမှ 3 လုံးတွဲများကို အသုံးပြုခြင်း
- ☐ တောင်းပါက အရုပ်များ ပေးခြင်း
- ☐ ဆက်သွယ်ပြောဆိုရာတွင် အထောက်အကူဖြစ်စေရန် ညွှန်ပြမှုကို အသုံးပြုခြင်း

12 လမှ 18 လ

- ☐ ကလေးအသံများအပြင် စကားလုံးအစစ် 7 လုံးနှင့်အထက်ကို အသုံးပြုခြင်း
- ☐ ရိုးရှင်းသော ပြောဆိုသည့် ဦးတည်ဖက်များအတိုင်း သွားခြင်း
- ☐ ပစ္စည်းအများအပြားကို အမည်တပ်၍ တောင်းဆိုခြင်း

ထပ်လောင်းအချက်အလက်များအတွက်- **health.ny.gov/EHDI**

NEW YORK STATE | Department of Health