

附件 2

上海市人工耳蜗植入手术术前医学评估表

注：此评估表由本市三甲医院负责出具，作为申请上海市人工耳蜗植入手术救助的必备资料之

申请对象 基本情况	姓名		性别	
	身份证号			
	联系人		联系电话	
	户籍地址			
所属类别	☐ 沪籍儿童 ☐ 非沪籍儿童 ☐ 沪籍残疾人			
病史及检查情况（后附该申请人耳声发射、纯音测听、声导抗、听性脑干反应、听性稳态反应、电子计算机断层扫描、磁共振成像、智力发育等诊断评估报告）				
年 月 日				
医疗机构 评估 意见	诊断结论与建议： 1、是否有手术禁忌证（涂改无效） 是（ ☐ 相对禁忌证 ☐ 绝对手术禁忌证） ☐ 否 禁忌证为： 2、是否符合人工耳蜗植入工作指南听力学入选标准（涂改无效） ☐ 符合 ☐ 不符合 3、是否有需要植入人工耳蜗（涂改无效） ☐ 是 ☐ 否 （单位盖章） 医生签名： 年 月 日			