

Exame de Triagem Auditiva do Recém-nascido /新生児聴覚スクリーニングについて

Diz-se que 1 em cada 500 a 1000 crianças nascidas, tem deficiência auditiva, porém, como é difícil um adulto ao seu redor perceber esta deficiência nos períodos de recém-nascido e lactente, em muitos casos, os pais ou responsáveis só vem a saber da anormalidade auditiva por volta dos 2 anos de idade, por causa do atraso na fala.

O fato de não ouvir palavras ou ter dificuldade de ouvir, causa uma grande influência no desenvolvimento da linguagem. Considerando-se o período adequado para a aprendizagem da linguagem, no caso de deficiência auditiva congênita, o ideal é diagnosticar a presença ou não da deficiência auditiva por volta de 3 a 4 meses após o nascimento. Este método denominado Resposta Cerebral Auditiva Automatizada é um exame possível de ser realizado logo após o nascimento, com o bebê dormindo, sem feri-lo, com segurança e em curto tempo. Além disso, é um método de exame extremamente eficaz, com baixo risco de falha de não detecção de deficiência auditiva. Caso seja diagnosticado anormalidade por este exame, não significa que terá deficiência de imediato, porém terá de realizar vários exames minuciosos.

Caso detecte deficiência auditiva ao realizar o Exame de Triagem Auditiva, pode-se desde cedo, com a utilização de aparelho auditivo ou cirurgia de implante de dispositivo no ouvido interno e treinamento, estimular o desenvolvimento da linguagem e aumentar a capacidade de comunicação verbal.

Apesar deste exame ser importante, é realizado mediante pagamento próprio de _____ienes + imposto de consumo do exame.

Favor preencher se solicita ou não o exame e apresentá-la.

/生まれつき聴覚に障害を持つ赤ちゃんは 500 人から 1000 人に 1 人と言われていますが、新生児期および乳幼児期には周囲の大人が発見しにくいいため、2 歳前後になっても言葉を話さないなどの異常に保護者が気づき、初めて聴覚障害があることがわかるケースが多いです。

言葉が聞こえなかったり、聞き取りにくい場合、言語発達に大きな影響を及ぼします。先天性難聴の場合、脳における言語習得の適期を考慮すると、生後 3-4 カ月には難聴の有無を診断することが理想です。この自動聴性脳反応という方法は、赤ちゃんが生まれてすぐに行うことのできる検査で、赤ちゃんが眠っている間に、赤ちゃんを傷つけることなく、短時間で安全に行える検査です。しかも、検査による聴覚異常を見落とす危険性がかなり低い、非常に優れた検査法です。もし、この検査によって異常と判断された場合、ただちに聴覚に障害があることにはなりません、さらに詳しい精密検査をうけていただくこととなります。

新生児聴覚スクリーニングを受けることにより、聴覚に障害があることがわかった場合には、早くから補聴器をつけたり、人工内耳手術を受けたり、訓練を行うことによって、言葉の発達を促すことができ、言語性コミュニケーション能力が高くなります。

このように重要な検査ですが、自費診療となり、_____円+消費税の検査代が必要です。検査の申し込み希望を記入の上、提出してください。

【Solicitação do exame/検査申込書】

Ano/年 Mês/月 Dia/日

Solicito a realização do Exame de Triagem Auditiva do Recém-nascido.
/新生児聴覚スクリーニング検査を申し込みます。

Não solicito a realização do Exame de Triagem Auditiva do Recém-nascido.
/新生児聴覚スクリーニング検査を申し込みません。

Assinatura do pai ou responsável/保護者署名

Nome do bebê/赤ちゃんの名前

Data de nascimento do bebê/赤ちゃんの生年月日 Ano/年 Mês/月 Dia/日

Favor preencher abaixo apenas no caso de solicitar o exame.

/以下は、検査を申し込む場合のみ記入してください。

- Escrever o endereço onde vai morar após a alta hospitalar/退院後に生活される住所:

- Número de telefone/電話番号:

※Recebi a explicação acima e a compreendi perfeitamente.
/上記の内容につき十分な説明を受け、理解しました。

Ano/年 Mês/月 Dia/日

Assinatura/署名欄
