

**APPENDIX A:**  
**Consent form for Pilot Study**

Ingeligte toestemming: Loodsstudie

**Toestemmingsvorm**

Ek, (*naam in drukskrif*) \_\_\_\_\_ verstaan dat die inligting wat ek verskaf deur die vraelys te voltooi, as streng vertroulik hanteer sal word en dat dit gebruik sal word om die vraelys aan te pas en te verbeter vir die finale navorsingsstudie. Ek verstaan ook dat ek ten alle tye die volle reg het om te onttrek van die studie, sonder enige negatiewe gevolge.

Ek gee dus my toestemming dat die inligting in my lêer by die kogleêre inplantingsprogram sowel as die inligting deur my verskaf in die vraelys, vir die bogenoemde doel gebruik mag word. Ek verstaan ook dat Professor J.G. Swart, Hoof van die Pretoria Kogleêre Inplantingspan, sy toestemming hiervoor gegee het en dat hy die navorsing goedkeur en toegang tot die lêers van die Program toelaat.

Handtekening:

\_\_\_\_\_

**APPENDIX B:**  
**Letters relating to Ethics Committee**

(see bound hard copy)

**APPENDIX C:**  
**English and Afrikaans Questionnaires**

**Clients of the Pretoria Cochlear Implant Programme:  
Characteristics and perceived outcomes of children and their families.**

Column for office use

*Parent questionnaire: English version.*

*In this questionnaire, 'maternal parent or caregiver' refers to the child's mother or the primary female person taking care of the child (e.g. grandmother, stepmother, foster mother, female legal guardian etc.). 'Paternal parent or caregiver' refers to the child's father or primary male caregiver (e.g. foster father, grandfather, stepfather, male legal guardian etc). Some information can only be supplied by the child's biological mother (Section B.). 'Siblings' refers to brothers and sisters.*

Respondent number		
V1		1-2

**Section A) Biographical information**

**1) Name/s of maternal and paternal parents/caregivers:**


**2) In case of caregiver, state relationship to the child.**

--

V2  3

**3) Residential address of parents/caregivers:**


**4) Are the parents/ maternal & paternal caregivers:**

<b>Married</b>	
<b>Divorced</b>	
<b>Other, please specify:</b>	

V3  4

**5) If the child has biological siblings, please fill in how many are older, younger or of the same age (e.g. twins).**

Number of older children	
Number of younger children	
Number of children of the same age (e.g. twins)	

V4   5-6

V5   7-8

V6   9-10

**6) Who lives in the home with the child? Please tick all and state the number of people in each case.**

Maternal parent/caregiver	
Paternal parent/caregiver	
Brothers and sisters	
Other adults	
Other children	

V7  11

V8  12

V9   13-14

V10   15-16

V11   17-18

*Column for office use*

**7) With whom does the child spend the most time? (tick one)**

Maternal parent or caregiver	
Paternal parent or caregiver	
Grandparent/s	
School/crèche	
Brothers and/or sisters	
Domestic helper	
Other- please specify	

V12      

--	--

 19-20

**8) Which languages are spoken in the home? Please tick all applicable languages and indicate the main language with an 'M'.**

English	
Afrikaans	
Sotho	
Zulu	
Tswana	
Other-please specify	

V13		21
V14		22-23
V15		24-25
V16		26-27
V17		28-29
V18		30-31
V19		32-33

**9) Has the maternal parent/caregiver or paternal parent/caregiver been employed in the last 6 months? Please tick yes/no for each person.**

Maternal parent/caregiver	Yes	No
Paternal parent/caregiver	Yes	No

V20		34
V21		35

**10) What is the highest educational qualification achieved by the following people? Please tick one for each person.**

Highest educational achievement	Maternal parent or caregiver	Paternal parent or caregiver
No formal schooling		
Primary school		
Std 6-7		
Std 8		
Matric		
Tertiary diploma		
University degree		

V22		36
V23		37

**Section B: history of pregnancy and birth**

**Please note that information for this section should be gathered**

**from the child’s biological mother where possible.**

**11) How would you describe your pregnancy?**

Normal progression, no complications		V24		38
Minor complications: please specify		V25		39-40
Severe complications or illness: please specify		V26		41-42

**12) Were you worried about anything during your pregnancy?**

Yes	If yes, please specify:	V27		43
		V28		44-45
No		V29		46-47

**13) Was the pregnancy planned?**

Yes	No	V30		48
-----	----	-----	--	----

**14) How would you describe the birth of your child?**

Normal progression, no complications		V31		49
Minor complications: please specify		V32		50-51
Severe complications or illness: please specify		V33		52-53

**15) Describe the baby's condition after birth:  
Circle yes/no and specify as indicated.**

Apgar score	/10	V34			54-55
Birth weight	kg	V35			56-59
General condition	Good / moderate / poor	V36		60	
Oxygen required	Yes / No	V37		61	
Incubator	Yes / No	V38		62	
Mechanical ventilation	Yes / No Number of days:	V39			63-66
Time spent in neonatal ICU	Yes / No Number of days:	V40			67-70
Blood transfusion	Yes / No	V41			71
Infections	Yes / No	V42			72
Convulsions	Yes / No	V43			73
High fever	Yes / No	V44			74
Physical abnormalities of face or head	Yes / No	V45			75
Abnormalities of body	Yes / No	V46			76
Abnormalities of internal organs	Yes / No	V47			77
Kidney disorder	Yes / No	V48			78
Neonatal jaundice	Yes / No	V49			79
Phototherapy	Yes / No Number of days:	V50			80-82
Other conditions: please describe		V51			83-84
		V52			85-86
		V53			87-88



**Section D: Developmental history**

**18) At what ages did the child achieve the following milestones? ( Please give ages in months.)**

Sit		V77			154-155
Crawl		V78			156-157
Stand		V79			158-159
Walk		V80			160-161
Dress self		V81			162-163
Feed self		V82			164-165
Use toilet		V83			166-167
Play with others		V84			168-169

**19) Did the child experience any feeding problems during early development (e.g. sucking, swallowing, chewing, or oversensitive mouth) ?**

Yes	Type of problem and age of child at the time:	V85		170	
No		V86			171-172
		V87			173-174

**20) If the hearing loss was not present from birth, would you describe your child's development prior to the onset of hearing loss as normal? ?**

Yes	No	V88		175
-----	----	-----	--	-----

**Section E: Family history**

**21) Does any other biological family member have a diagnosed hearing loss? Please tick.**

Mother		V89		176
Father		V90		177
Grandparent		V91		178
Brothers/sisters		V92		179
Other: specify		V93		180-181

**22) Do either maternal or paternal parent/caregiver consider themselves as part of the Deaf Community?**

Yes	No	V94		182
-----	----	-----	--	-----

**23) Is there a biological family history of the following? Please tick appropriate blocks to complete the table.**

	Mother	Father	Child's siblings		
Genetic syndrome: specify				V95	183-185
Academic difficulties				V96	186-188
Speech/language problems				V97	189-191

**Section F: History of child's hearing loss**

**24) At what age was the hearing loss suspected?**

months
--------

V98 

--	--	--

 192-194

**25) Who first suspected the hearing loss? Tick one.**

Parents/caregivers	
Maternal parent/caregiver	
Paternal parent/caregiver	
Paediatrician	
Clinic sister	
Other: specify	

V99 

--	--

 195-196

**26) At what age was a hearing loss diagnosed by an audiologist?**

Months:
---------

V100 

--	--	--

 197-199

**27) What is the suspected cause of the hearing loss?**

**Please tick one**

Genetic syndrome	
Viral infection	
Meningitis	
Complications during pregnancy	
Birth trauma	
Hereditary hearing loss	
Hearing loss associated with kidney disorder	
Unknown	
Other: specify	

V101 

--	--

 200-201

**28) Was the hearing loss progressive (i.e. did it worsen over time) ?**

Yes	No
-----	----

V102 

--

 202

**29) Did the hearing loss fluctuate (i.e. improve and worsen over time)?**

Yes	No
-----	----

V103 

--

 203

**30) At what age did the child first receive hearing aids?**

Months
--------

V104 

--	--	--

 204-206

**31) What type of hearing aids were fitted?**

--

**32) Were hearing aids fitted for both ears?**

Yes	No
-----	----

V105 



 207

**33) For how long did the child wear hearing aids?**

Months
--------

V106 



 208-210

**34) Who referred you to the cochlear implant programme?**

Relationship of referring person (e.g. mother, doctor, audiologist.)	
--	--

V107 



 211

**35) When were you referred to the programme?**

Date :
--------

V108 



 212-217

**36) At what age (in months) did the child receive a cochlear implant?**

Months
--------

V109 



 218-220

**37) How were the funds raised for the cochlear implant?**

Funded by medical aid	
Private	
Donations	
Funded by state	
Other: please specify	

V110 



 221  
 V111 



 222  
 V112 



 223  
 V113 



 224  
 V114 



 225-226  
 V115 



 227-228

**38) Which ear was chosen for the implant?**

Left		State reason
Right		State reason
Bilateral		State reason

V116 



 229  
 V117 



 230-231

**39) Does the child wear a hearing aid on the non-implanted ear?**

Yes	No
-----	----

V118 



 232

**40) Please state the reason why the child does or does not wear a hearing aid on the non-implanted ear.**

--

V119 



 233-234  
 V120 



 235-236

**41) If the child has bilateral cochlear implants, were the two ears implanted simultaneously (in one operation) or in two consecutive operations? Tick one.**

Simultaneous (one operation)	
Consecutive	

V121  237

**42) Please supply the dates of the first and second cochlear implant operations (for bilateral implants).**

Date of first operation:	
Date of second operation:	

V122       238  
 V123       243  
 244  
 249

**43) In the case of bilateral implants, does the child wear both devices equally well?**

Yes	No
-----	----

V124  250

**44) Does the child use an FM system?**

Yes	Type:	
No		

V125  251

**Section G: Current level of functioning**

**45) Please describe the child's current educational setting: (Tick one.)**

At home with mother	
At home with nanny/ caregiver	
Mainstream playgroup or kindergarten	
Special playgroup or kindergarten for hearing impaired children: oral approach	
Special playgroup or kindergarten for hearing impaired children: signing or total communication approach	
Integrated playgroup or kindergarten: hearing and hearing impaired children.	
Mainstream primary school	
Integrated primary school for hearing impaired and normal hearing children: oral approach	
Primary school for children who are hard-of-hearing	
Mainstream high school	
High school for children who are hard-of- hearing	
School for the Deaf: signing approach	
Other, please specify	

V126   252-253

46) If the child attends a school, please supply the name of the school and state how long the child has been in the school:

	V127	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	254
--	------	--	-----

47) What portion of the day does the child wear his/her cochlear implant? (Tick one.)

All waking hours		V128	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	255
Only at school				
Only at home				
Infrequently/seldom				
Never				

48) How often does the child communicate using each of the following means of communication? Tick the appropriate column for each one.

	<i>Never</i>	<i>Sometimes</i>	<i>Often</i>			
Sounds				V129	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	256
Natural gestures				V130	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	257
Word approximations				V131	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	258
Single words				V132	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	259
Two word combinations				V133	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	260
Three word combinations				V134	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	261
Incomplete sentences				V135	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	262
Complete sentences				V136	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	263
Signs				V137	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	264
Speech plus signing				V138	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	265

49) How does the child react to the following sounds with his/her cochlear implant? (Tick one and indicate whether the child can simply hear the sound, or whether he/she can also identify what the sound is.)

Sound	Can hear	Can identify			
Music			V139	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	266
Environmental sounds outside (e.g. airplane, dog)			V140	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	267
Sounds in the home (e.g. vacuum cleaner)			V141	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	268
Speech			V142	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	269
Own name			V143	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	270
Family names			V144	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	271
Soft sounds (e.g. water)			V145	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	272
Whispered speech			V146	<input style="width: 80%; height: 20px;" type="text"/>	273

**50) Please indicate how well unfamiliar people can understand the child's speech (tick one option).**

Intelligibility	Tick block
The child's speech is understood by all listeners.	
Connected speech is understood by a listener with little experience of the speech of a hearing impaired person.	
Connected speech is understood by a listener who concentrates and lip-reads.	
Connected speech is not understood by others. (Intelligible speech is developing on single words when the listener lip-reads and understands the context.)	
Connected speech is unintelligible/not understood.	

V147  274

**51) Does the child currently receive any additional support services at the school (e.g. additional therapy, remedial teaching) ?**

Yes	If yes, describe type of service:
No	

V148  275  
 V149  276-277

**52) Has the child received speech and/or occupational therapy in the past?**

Speech therapy		
Yes		No
For how long was therapy attended? (e.g. 6 months)		
At what age did the child receive therapy?		
Occupational therapy		
Yes		No
For how long was therapy attended?		
At what age did the child receive therapy?		

V150  278  
 V151  279-280  
 V152  281-282  
 V153  283  
 V154  284-285  
 V155  286-287

**53) Does the child currently receive speech therapy?**

Yes
Name of therapist:
No

V156  288

**54) Does the child currently receive occupational therapy?**

Yes
Name of therapist:
No

V157  289

**55) Do you make use of the services of a psychologist for the child? (You may choose not to answer the question if you find it to be intrusive.)**

Yes
Name of psychologist:
No

V158  290

**56) Can the child communicate using a telephone?**

Yes	No
-----	----

V159  291

**57) Does the child enjoy music?**

Yes	No
-----	----

V160  292

*Thank you for completing the questionnaire.*

**Kliënte van die Pretoria Kogleêre Inplantingsprogram: Kenmerke en persepsies van uitkomst van kinders en hulle families.**

Kolom vir kantoorgebruik

***Ouervraelys: Afrikaanse weergawe***

*In hierdie vraelys verwys 'vroulike ouer of sorggewer' na die kind se moeder of die primêre vroulike persoon verantwoordelik vir die versorging van die kind (bv ouma, stiefma, wettige voog, pleegmoeder ens.). "Manlike ouer of sorggewer" verwys dan na die kind se vader of die primêre manlike persoon verantwoordelik vir die kind (bv oupa, stiefpa, pleegvader, wettige voog ens.). Sommige inligting kan slegs deur die kind se biologiese moeder verskaf word (bv. die in Afdeling B).*

Respondent nommer		
V1		1-2

**Afdeling A: Biografiese Inligting**

**1) Name van vroulike en manlike ouers of sorggewers:**


**2) Indien sorggewer, wat is u verwantskap met die kind?**

--

V2 

--

 3

**3) Woonadres van vroulike/manlike ouers of sorggewers:**


**4) Is die ouers / sorggewers: (merk asb.)**

Getroud	
Geskei	
Ander: spesifiseer asb.	

V3 

--

 4

**5) Indien die kind biologiese broers/susters het, dui asb. aan hoeveel is ouer, jonger of dieselfde ouderdom.**

Aantal ouer kinders	
Aantal jonger kinders	
Aantal kinders van dieselfde ouderdom (bv. 'n tweeling)	

V4 

--	--

 5-6  
V5 

--	--

 7-8  
V6 

--	--

 9-10

**6) Wie bly by die kind in die huis? Merk asb. alle toepaslike opsies en dui aan hoeveel mense in elke geval.**

Vroulike ouer of sorggewer	
Manlike ouer of sorggewer	
Broers en/of susters	
Ander volwassenes	
Ander kinders	

V7	<input type="text"/>	11	
V8	<input type="text"/>	12	
V9	<input type="text"/>	<input type="text"/>	13-14
V10	<input type="text"/>	<input type="text"/>	15-16
V11	<input type="text"/>	<input type="text"/>	17-18

**7) Met wie spandeer die kind die meeste tyd? (Merk een.)**

Vroulike ouer/sorggewer	
Manlike ouer/sorggewer	
Ouma/oupa	
Skool/creche	
Broers en susters	
Huishulp	
Ander, spesifiseer asb.	

V12	<input type="text"/>	<input type="text"/>	19-20
-----	----------------------	----------------------	-------

**8) Watter tale word in die huis gepraat? Merk asb. alle toepaslike antwoorde en dui die hooftaal aan met 'n H.**

Engels	
Afrikaans	
Sotho	
Zulu	
Tswana	
Ander, spesifiseer asb.	

V13	<input type="text"/>	21	
V14	<input type="text"/>	<input type="text"/>	22-23
V15	<input type="text"/>	<input type="text"/>	24-25
V16	<input type="text"/>	<input type="text"/>	26-27
V17	<input type="text"/>	<input type="text"/>	28-29
V18	<input type="text"/>	<input type="text"/>	30-31
V19	<input type="text"/>	<input type="text"/>	32-33

**9) Het die vroulike/manlike ouer/sorggewer binne die afgelope 6 maande gewerk en 'n inkomste verdien? Merk asb.**

Vroulike ouer/sorggewer	Ja	Nee
Manlike ouer/sorggewer	Ja	Nee

V20	<input type="text"/>	34
V21	<input type="text"/>	35

**10) Wat is die hoogste opvoedkundige kwalifikasie wat deur die volgende mense bereik is? Merk asb. een.**

Hoogste opvoedkundige kwalifikasie	Vroulike ouer of sorggewer	Manlike ouer of sorggewer
Geen formele onderrig		

V22	<input type="text"/>	36
V23	<input type="text"/>	37

Laerskool		
St 6-7		
St 8		
Matriek		
Tersiêre diploma		
Universiteitsgraad		

**Afdeling B) Geskiedenis van swangerskap en geboorte**

**Neem asb kennis dat inligting vir hierdie afdeling verkieslik by die kind se biologiese moeder verkry moet word.**

**11) Hoe sou u die swangerskap beskryf?**

Normale verloop, geen komplikasies		V24		38
Geringe komplikasies: spesifiseer		V25		39-40
Ernstige komplikasies of siekte: spesifiseer		V26		41-42

**12) Was u oor iets bekommerd tydens u swangerskap?**

Ja	Indien ja, spesifiseer:	V27		43
		V28		44-45
Nee		V29		46-47

**13) Was dit 'n beplande swangerskap?**

Ja	Nee	V30		48
----	-----	-----	--	----

**14) Hoe sou u die geboorte van u kind beskryf?**

Normale verloop, geen komplikasies		V31		49
------------------------------------	--	-----	--	----

Geringe komplikasies: spesifiseer		V32			50-51
Ernstige komplikasies of siektes: spesifiseer		V33			52-53

**15) Beskryf asb. die baba se toestand na geboorte: omkring ja/nee en spesifiseer soos aangedui.**

Apgartelling	/10	V34			54-55
Geboortegewig	kg	V35			56-59
Algemene toestand	Goed / gemiddeld / swak	V36		60	
Suurstof ontvang	Ja/nee	V37		61	
Broeikas	Ja/nee	V38		62	
Meganiese ventilasie	Ja/nee Hoeveel dae:	V39			63-66
Tyd in Neonatale Intensiewe Sorgeenheid	Ja/Nee Hoeveel dae:	V40			67-70
Bloedoortapping	Ja/nee	V41		71	
Infeksies	Ja/nee	V42		72	
Konvulsies	Ja/nee	V43		73	
Hoë koors	Ja/nee	V44		74	
Fisiese abnormaliteite van kop/gesig	Ja/nee	V45		75	
Abnormaliteite van liggaam	Ja/nee	V46		76	
Abnormaliteite van interne organe	Ja/nee	V47		77	
Nier-afwykings	Ja/nee	V48		78	
Neonatale geelsug	Ja/nee	V49		79	
Fototerapie	Ja/nee Hoeveel dae:	V50			80-82
Ander toestande: beskryf asb		V51			83-84

		V52
		V53

		85-86
		87-88

**Afdeling C: Mediese geskiedenis van kind**

**16) Het die kind 'n geskiedenis van die volgende toestande? Merk en spesifiseer asb. soos aangedui.**

Middeloor-infeksies	Hoeveel keer: Spesifiseer behandeling:	V54	<input type="text"/>	89	
		V55	<input type="text"/>	<input type="text"/>	90 -91
		V56	<input type="text"/>	<input type="text"/>	92 93
Epilepsie		V57	<input type="text"/>	94	
Genetiese sindroom	Spesifiseer	V58	<input type="text"/>	<input type="text"/>	95-97
Asma		V59	<input type="text"/>	98	
Allergieë	Spesifiseer	V60	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					99-103
Nier-probleme		V61	<input type="text"/>	104	
Herhaaldelike boonste lugweg infeksies		V62	<input type="text"/>	105	
Fisiese/spier-afwyking	Spesifiseer	V63	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					106-110
Aandagafleibaarheid /hiperaktiwiteits afwyking	Spesifiseer behandeling:	V64	<input type="text"/>	<input type="text"/>	111-113
Gedragsprobleme		V65	<input type="text"/>	114	
Afwyking van oë/visie	Spesifiseer	V66	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					115-119
Kroniese siekte	Spesifiseer	V67	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
					120-124
Masels		V68	<input type="text"/>	125	
Meningitis		V69	<input type="text"/>	126	
Pampoentjies		V70	<input type="text"/>	127	
Ander	Spesifiseer	V71	<input type="text"/>	<input type="text"/>	128-129
		V72	<input type="text"/>	<input type="text"/>	130-131

**17) Was die kind al in die hospitaal opgeneem?**

Ja	Nee
----	-----

V73  132

**Indien ja, voltooi asb. die tabel:**

Ouderdom tydens hospitalisasie	Rede vir hospitalisasie	Aantal dae in hospitaal spandeer

V74							133-139
V75							140-146
V76							147-153

**Afdeling D) Ontwikkelingsgeskiedenis**

**18) Op watter ouderdomme het die kind die volgende mylpale bereik? (Verskaf ouderdomme in maande asb.):**

Sit	
Kruip	
Staan	
Loop	
Self aantrek	
Self voer	
Toilet gebruik	
Speel met ander	

V77			154-155
V78			156-157
V79			158-159
V80			160-161
V81			162-163
V82			164-165
V83			166-167
V84			168-169

**19) Het die kind voedingsprobleme ondervind tydens vroeë ontwikkeling (bv. suig, sluk, kou of oorsensitiewe mond)?**

Ja	Tipe probleem en ouderdom van kind
Nee	

V85		170	
V86			171-172
V87			173-174

**20) Indien die gehoorverlies later ontstaan het, sou u die kind se ontwikkeling voor die gehoorverlies as normaal beskryf?**

Ja	Nee
----	-----

V88		175
-----	--	-----

**Afdeling E) Familiageskiedenis**

**21) Het enige ander biologiese familielid 'n gediagnoseerde gehoorverlies? Merk asb.**

Moeder	
Vader	
Oupa/Ouma	
Broers/susters	
Ander, spesifiseer	

V89		176	
V90		177	
V91		178	
V92		179	
V93			180-181

**22) Beskou een/albei ouers of sorggewers hulleself as deel van die Dowe Gemeenskap?**

Ja	Nee
----	-----

V94		182
-----	--	-----

**23) Is daar 'n biologiese familiegeskiedenis van een van die volgende? Voltooi asb. die tabel deur die toepaslike blokkies te merk.**

	Moeder	Vader	Kind se broers/susters
Genetiese sindroom: spesifiseer			
Akademiese probleme			
Spraak/taal probleme			

V95	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	183-185
V96	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	186-188
V97	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	189-191

***Afdeling F) Geskiedenis van die kind se gehoorverlies***

**24) Op watter ouderdom is die gehoorverlies vermoed?**

maande
--------

V98	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	192-194
-----	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------

**25) Wie het eerste die gehoorverlies vermoed? Merk een.**

Ouers/sorggewers	
Vroulike ouer/sorggewer	
Manlike ouer/sorggewer	
Pediater	
Klinieksuster	
Ander, spesifiseer	

V99	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	195-196
-----	--------------------------	--------------------------	---------

**26) Op watter ouderdom is die gehoorverlies deur 'n audioloog gediagnoseer?**

Maande :
----------

V100	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	197-199
------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---------

**27) Wat is vermoedelik die oorsaak van die gehoorverlies? Merk een asb.**

Genetiese sindroom	
Virale infeksie	
Meningitis	
Komplikasies tydens swangerskap	
Trauma gedurende geboorte	
Oorerflike gehoorverlies	
Gehoortverlies gekoppel aan nierafwyking	
Onbekend	
Ander, spesifiseer asb.	

V101	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	200-201
------	--------------------------	--------------------------	---------

--	--

**28) Was die gehoorverlies progressief  
(m.a.w. het dit met die tyd vererger) ?**

Ja	Nee
----	-----

V102  202

**29) Het die gehoorverlies gefluktueer  
(m.a.w. verbeter en verswak met die tyd) ?**

Ja	Nee
----	-----

V103  203

**30) Op watter ouderdom het die kind die eerste keer  
gehoorapparaat ontvang?**

Maande
--------

V104  204-206

**31) Watter tipe gehoorapparaat is gepas?**

--

**32) Is albei ore met gehoorapparaat gepas?**

Ja	Nee
----	-----

V105  207

**33) Hoe lank het die kind gehoorapparaat gedra?**

Maande
--------

V106  208-210

**34) Wie het u verwys na die kogleêre inplantingsprogram?**

Verwantskap van verwysende persoon (bv. ma, dr, oudioloog, ens.)	
--	--

V107  211

**35) Wanneer is u na die program verwys?**

Datum :
---------

V108  212-217

**36) Op watter ouderdom (in maande) het die kind 'n  
kogleêre inplanting ontvang?**

Maande
--------

V109  218-220

**37) Hoe is die fondse ingesamel vir die inplanting?**

Befonds deur mediese fonds	
Privaat	
Donasies	
Deur staat befonds	
Ander, spesifiseer asb.	

V110	<input type="text"/>	221
V111	<input type="text"/>	222
V112	<input type="text"/>	223
V113	<input type="text"/>	224
V114	<input type="text"/> <input type="text"/>	225-226
V115	<input type="text"/> <input type="text"/>	227-228

**38) Watter oor is gekies vir die inplanting?**

Links	Noem rede
Regs	Noem rede
Bilateraal	Noem rede

V116


229

V117


230-231

**39) Dra die kind 'n gehoorapparaat op die nie-geïnplanteerde oor?**

Ja	Nee
----	-----

V118

--

232

**40) Noem asb. die rede waarom die kind 'n gehoorapparaat op die nie-geïnplanteerde oor dra of nie dra nie.**

--

V119

--	--

233-234

V120

--	--

235-236

**41) Indien die kind bilaterale kogleêre inplantings het, is die twee ore gelyk geïnplanteer, of in twee afsonderlike operasies (opeenvolgend)? Merk een.**

Gelyk (een operasie)	
Opeenvolgend	

V121

--

237

**42) Gee asb. die datums van die eerste en tweede kogleêre inplantings-operasies (vir bilaterale inplantings):**

Datum van eerste operasie:	
Datum van tweede operasie	

V122

--	--	--	--	--	--

238

243

V123

244

249

**43) In die geval van bilaterale inplantings, dra die kind albei toestelle ewe goed?**

Ja	Nee
----	-----

V124

--

250

**44) Gebruik die kind 'n FM sisteem?**

Ja	Tipe:
Nee	

V125

--

251

***Afdeling G) Huidige vlak van funksionering***

**45) Beskryf asb. die kind se huidige opvoedkundige plasing: (merk een)**

Tuis by moeder		V126	<input type="text"/> <input type="text"/> 252-253
Tuis by oppasser/sorggewer			
Hoofstroom speelgroep of kleuterskool			
Spesiale speelgroep of kleuterskool vir hardhorende kinders: orale benadering			
Spesiale speelgroep of kleuterskool vir hardhorende kinders: gebaretaal of ' <i>total communication</i> ' benadering (gebare plus spraak)			
Geïntegreerde speelgroep of kleuterskool: horende en gehoorgestremde kinders.			
Hoofstroom laerskool			
Geïntegreerde laerskool vir gehoorgestremde leerders en horende kinders: orale benadering			
Laerskool vir hardhorende kinders			
Hoofstroom hoërskool			
Hoërskool vir hardhorende kinders			
Skool vir Doves: gebaretaal benadering			
Ander, spesifiseer asb			

**46) Indien die kind in 'n skool is, verskaf asb. die naam van die skool en hoe lank die kind al in die skool is:**

<input type="text"/>	V127	<input type="text"/>	254
----------------------	------	----------------------	-----

**47) Watter gedeelte van die dag dra die kind sy/haar kogleêre inplanting? (Merk een.)**

Ten alle tye		V128	<input type="text"/> 255
Slegs by die skool			
Slegs by die huis			
Selde / ongereeld			
Nooit			

**48) Hoe dikwels kommunikeer die kind deur gebruik te maak van die volgende wyses van kommunikasie? Merk asb. die toepaslike kolom.**

	<i>Nooit</i>	<i>Soms</i>	<i>Dikwels</i>			
Klanke				V129	<input type="text"/>	256
Natuurlike gebare				V130	<input type="text"/>	257
Woordbenaderings				V131	<input type="text"/>	258

Enkelwoorde				V132		259
Twee-woordkombinasies				V133		260
Drie-woordkombinasies				V134		261
Onvolledige sinne				V135		262
Volledige sinne				V136		263
Gebare				V137		264
Spraak plus gebare				V138		265

**49) Hoe reageer die kind op die volgende klanke met sy/haar implanting? (Merk en dui aan of die kind slegs die klank hoor, en of hy/sy dit ook kan identifiseer en weet wat dit is.)**

Klank	Kan hoor	Kan Identifiseer			
Musiek			V139		266
Omgewingsklanke buite (bv. vliegtuig, hond wat blaf)			V140		267
Klanke binne die huis (bv. stofsuier, mikrogolf)			V141		268
Spraak			V142		269
Eie naam			V143		270
Familie se name			V144		271
Sagte klanke (bv. blare, water)			V145		272
Fluisterspraak			V146		273

**50) Dui asb. aan hoe goed vreemde persone die kind se spraak kan verstaan. (Merk een.)**

Verstaanbaarheid	Merk blokkie			
Die kind se spraak word deur alle luisteraars verstaan.		V147		274
Aaneenlopende spraak word deur 'n luisteraar met min ervaring van die spraak van 'n gehoorgestremde persoon verstaan.				
Aaneenlopende spraak word verstaan deur 'n luisteraar wat konsentreer en liplees.				
Aaneenlopende spraak word nie deur ander verstaan nie. (Verstaanbare spraak ontwikkel op enkelwoorde wanneer die luisteraar liplees en die konteks verstaan.)				
Aaneenlopende spraak is onverstaanbaar.				

**51) Ontvang die kind tans enige hulpdienste by die skool (bv. addisionele terapie, remediërende onderrig)?**

Ja	Indien ja, beskryf die tipe diens:	V148	<input type="text"/>	275	
Nee		V149	<input type="text"/>	<input type="text"/>	276-277

**52) Het die kind in die verlede spraakterapie en/of arbeidsterapie ontvang?**

<b>Spraakterapie</b>					
Ja		Nee			
Vir hoe lank (bv. 6 mnde) is terapie bygewoon?	<input type="text"/>		V150	<input type="text"/>	278
Op watter ouderdom het die kind terapie ontvang?	<input type="text"/>		V151	<input type="text"/>	279-280
			V152	<input type="text"/>	281-282
<b>Arbeidsterapie</b>					
Ja		Nee			
Vir hoe lank is terapie bygewoon? (bv. 6 mnde)	<input type="text"/>		V153	<input type="text"/>	283
Op watter ouderdom het die kind terapie ontvang?	<input type="text"/>		V154	<input type="text"/>	284-285
			V155	<input type="text"/>	286-287

**53) Woon die kind tans spraakterapie by?**

Ja	Naam van terapeut:	V156	<input type="text"/>	288
Nee				

**54) Woon die kind tans arbeidsterapie by?**

Ja	Naam van terapeut:	V157	<input type="text"/>	289
Nee				

**55) Maak u gebruik van die dienste van 'n sielkundige vir die kind? (U kan kies om die vraag te ignoreer.)**

Ja	Naam van sielkundige	V158	<input type="text"/>	290
Nee				

**56) Kan die kind met behulp van 'n telefoon kommunikeer?**

Ja	Nee
----	-----

V159  291

**57) Geniet die kind musiek?**

Ja	Nee
----	-----

V160  292

*Dankie dat u die vraelys voltooi het.*

**APPENDIX D:**  
**Covering Letters of Questionnaires**

Dear Parents

My name is Marguerite Jessop. I am completing a research project for the Pretoria Cochlear Implant Programme and as part of my Masters degree, gathering information about all the children with cochlear implants in the Pretoria Cochlear Implant Programme. The aim of the project is to profile and describe the defining characteristics of the children implanted at the Pretoria Cochlear Implant Programme and their families. With this information we can determine the success of our programme compared to programmes world wide, and can begin to understand which factors make a programme more successful for the children involved and which factors affect the success of a child with a cochlear implant. We can then plan for the future more effectively.

With the new data we can also update and complete each of your files, so that our service to you can be faster and more efficient and informed. Further, your data will help us to write motivational letters for funding substantiated by facts about the success of early cochlear implantation in children. The information will be treated as strictly confidential, and will be used only by the cochlear implant team.

Enclosed please find a questionnaire concerning your child with a cochlear implant. I would be very grateful if you would complete the questionnaire and return it by post, using the postage paid return addressed envelopes. No further involvement will be expected from you. Upon completion of my study, the results of the processing of this information will be made available to you should you be interested

**Please note that all the information will be treated as confidential and no names will be used in presentation of the results of the study. Names will be used purely to update the records of the Pretoria Cochlear Implant Programme. Although complete sets of information are preferable to the study, you retain the right to choose not to answer questions with which you are not comfortable. You also have the right to withdraw from the study at any time. You are kindly requested to sign the consent form enclosed after you have read this letter and are comfortable with participating in the study. Please send the tear-off slip of the signed consent form back to me with the completed questionnaire.**

Instructions are given at the start of each question regarding how to answer it. Most questions are answered by simply ticking the appropriate block provided. When asked to 'specify', please provide more information regarding the question (e.g. the name of a specific genetic syndrome, the specific complicating factors during the birth of your child). If the child is not living with his/her biological mother I ask, if possible, that she please be consulted regarding the questions on pregnancy and birth in Section B of the questionnaire for accuracy's sake. Although I have attempted to make the questionnaire as time-efficient and user friendly as possible, I do realise that most of us have little time available and I sincerely appreciate the time you take to provide us with this valuable information.

Kind regards,

Marguerite Jessop

Speech/language therapist & Audiologist: University of Pretoria

Tel (012) 667 3998

Geagte Ouers

My naam is Marguerite Jessop. Ek is besig met 'n navorsingsprojek vir die Pretoria Kogleêre Inplantingsprogram, as deel van my Meestersgraad. Dit behels dat ek inligting aangaande al die kinders met kogleêre inplantings in die Pretoria Kogleêre Inplantingsprogram insamel. Die doel van die projek is om 'n profiel saam te stel, en om die kenmerke van die kinders met kogleêre inplantings in die program, asook hulle gesinne, te beskryf. Hierdie inligting sal ons help om die sukses van ons program te vergelyk met die van programme wêreldwyd, en om die faktore te begin verstaan wat 'n program meer suksesvol kan maak asook die faktore wat 'n invloed het op die sukses van 'n kind met 'n kogleêre inplanting. Ons sal dus in staat wees om meer effektief vir die toekoms te beplan.

Met die nuwe data kan ons ook elkeen van ons kliënte se lêers op datum bring, sodat 'n meer ingeligde, vinniger en meer effektiewe diens aan julle gelewer kan word. Julle data sal verder gebruik word om motiverende briewe te skryf vir befondsing vir kogleêre inplantings, gesteun deur feite oor die sukses van kogleêre inplantings in kinders. Die inligting sal as streng vertroulik hanteer word, en sal slegs deur die kogleêre span gebruik word. Ingesluit vind asseblief 'n vraelys aangaande u kind met 'n kogleêre inplanting. Ek sal baie dankbaar wees indien u die vraelys voltooi en terugstuur per pos, in die kovert wat ingesluit is. Geen verdere betrokkenheid sal van u verwag word nie. Die resultate van die studie sal aan u bekend gemaak word indien u sou belangstel.

Neem asseblief kennis dat die inligting as streng vertroulik hanteer sal word, en dat geen name gebruik sal word in die bekendstelling van die resultate nie. Name sal slegs gebruik word om die lêers van die Pretoria Kogleêre Inplantingsprogram op datum te bring. Alhoewel volledige stelle inligting verkieslik is vir die studie, het u die reg om enige vrae te ignoreer en uit te laat. U het ook die reg om ten alle tye te onttrek van die studie, sonder enige negatiewe gevolge. U word vriendelik versoek om die toestemmingsvorm te teken nadat u hierdie brief gelees het, en indien u gemaklik voel om aan die studie deel te neem. Skeur asseblief dan die strokie af en pos dit saam met die vraelys terug.

Instruksies is aan die begin van elke vraag gegee oor hoe om die vraag te beantwoord. Die meeste vrae word beantwoord deur slegs die toepaslike blokkie te merk. Wanneer u gevra word om te 'spesifiseer', moet u asseblief meer inligting verskaf (bv. die naam van 'n genetiese sindroom, of die spesifieke kompliserende faktore gedurende die geboorte van u kind). Indien die kind nie by die biologiese moeder woon nie, vra ek dat die moeder sover moontlik gekonsulteer word om die vrae oor swangerskap en geboorte in Afdeling B te voltooi, vir volledigheid. Alhoewel ek probeer het om die vraelys so tydseffektief en gebruikersvriendelik as moontlik te hou, verstaan ek dat die meeste van ons min tyd tot ons beskikking het en ek waardeer die tyd wat u bestee om die vraelys te voltooi.

Vriendelike groete

Marguerite Jessop

Spraak/taal-Terapeut en Oudioloog: Universiteit van Pretoria

Tel (012) 667 3998

**APPENDIX E:**  
**Informed Consent Forms**

**Consent Form**

I, (*print name*) \_\_\_\_\_ understand that the information which I supply in completing this questionnaire will be treated as strictly confidential, and will be used for the purposes of research, updating files, and contributing to the efficacy of motivating for the funding of cochlear implantation. I also understand that I have the right to withdraw from the study at any time, with no negative consequences.

I thus give my permission that the information in my client file at the Pretoria Cochlear Implant Programme and the information which I provide by completing this questionnaire may be used for the purposes stated above. I also understand that Professor J.G. Swart, Head of the Pretoria Cochlear Implant Programme, has given his consent that the research may be conducted and records may be accessed.

Signature:

\_\_\_\_\_

*(Tear return slip off here)*

---

**Please tear off this section and return in the envelope with the questionnaire.**

I, (*print name*) \_\_\_\_\_

**do / do not give my informed consent to participate willingly in the study by completing the questionnaire.**

**Signature of parent/caregiver:** \_\_\_\_\_

Toestemmingsvorm

Ek, (*naam in drukskrif*) \_\_\_\_\_ verstaan dat die inligting wat ek verskaf deur die vraelys te voltooi, as streng vertroulik hanteer sal word en dat dit gebruik sal word vir navorsing, om lêers op datum te bring, en om by te dra tot motivering vir befondsing van kogleêre inplantings. Ek verstaan ook dat ek ten alle tye die reg het om te onttrek van die studie sonder enige negatiewe gevolge.

Ek gee dus my toestemming dat die inligting in my kiëntelêr by die Pretoria Kogleêre Inplantingsprogram asook die inligting wat ek verskaf deur die vraelys te voltooi, gebruik mag word vir die bogenoemde doel. Ek verstaan ook dat Professor J.G. Swart, Hoof van die Pretoria Kogleêre Inplantingsprogram, sy toestemming gegee het vir toegang tot die lêers en dat die navorsing uitgevoer mag word.

Handtekening:

\_\_\_\_\_

*(skeur strokie hier af)*

---

**Skeur asb. hierdie gedeelte af en stuur dit saam met die vraelys terug.**

Ek, (*naam in drukskrif*) \_\_\_\_\_  
**gee ingeligte toestemming / gee nie toestemming nie om gewillig aan die navorsing deel te neem deur die vraelys te voltooi.**

**Handtekening van ouer/sorggewer:** \_\_\_\_\_