ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde – SES/SC
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD

ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA

NOME: _____

CNS:_____ DN:_____/_____/_____

O Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva tem como objetivo a concessão de aparelho de amplificação sonora individual (AASI).

Este encaminhamento deverá ser preenchido por médico ou fonoaudiólogo para abertura do processo para o Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva na Secretaria Municipal de Saúde de referência do usuário, acompanhado dos seguintes documentos: cópia do RG , CPF ,comprovante de residência, Cartão Nacional de Saúde, comprovante de matrícula p/ estudantes, último exame de audiometria, se realizado.

PREENCHER O ENCAMINHAMENTO COM OS DADOS DO EXAME DE AUDIOMETRIA OU JUSTIFICAR, caso assinalado o item 3:

1. Perda auditiva CONFIRMADA:

( ) orelha direita ( ) orelha esquerda

Resultado da audiometria:

	500 Hz	1.000 Hz	2.000 Hz	4.000 Hz
OD				
OE				

OU

Resultado do PEATE (no primeiro ano de vida): _____

_____

_____

Laudo/parecer audiológico: _____

_____

_____

2. Recém-nascido com TAN – "teste da orelhinha" ALTERADO (teste/reteste) – incluir Xerox da Carteira de Saúde da Criança – página do resultado da TAN.

3. SUSPEITA de deficiência auditiva após a avaliação do médico otorrinolaringologista ou fonoaudiólogo.

JUSTIFICATIVA (descrever prejuízo social da deficiência auditiva):_____

_____

_____

_____

4. Informações complementares:

( ) meningite ( )Traumatismo crânio-encefálico ( ) AVC ( ) aposentado

( ) estudante (apresentar atestado de matrícula)

* Ao agendar no SISREG favor informar os itens preenchidos e a justificativa.

DATA: _____/_____/_____

_____
Carimbo e assinatura do profissional