ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
GERÊNCIA DE HABILITAÇÕES E REDES DE ATENÇÃO
ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

ENCAMINHAMENTO PARA O SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA - SASA

Nome:	
CNS/CPF:	D.N: _____/_____/_____

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

1. **Assinale o motivo do encaminhamento:**

☐ Recém-nascido com TESTE e RETESTE - "Teste da Orelhinha" **ALTERADO** (incluir cópia da Caderneta de Saúde da criança - página do resultado da Triagem - **Preencher o item 3.1 e 6**.

☐ Perda auditiva confirmada (realizada a audiometria) - **Preencher o item 2, 3.2, 5 e 6**.

☐ Suspeita de deficiência auditiva - **Preencher o item 2, 4, 5 e 6.**

---

2. **Qual o grau de interesse em USAR aparelho auditivo?**

( ) Nenhum **( )** Pouco interesse **( )** Muito interesse

---

3. **JUSTIFICATIVA DO ENCAMINHAMENTO:**

3.1. Bebês e crianças pequenas com resultado do PEATE/BERA alterado (se este for o exame de referência):

Descrever o resultado do PEATE/BERA:

3.2 Resultado da audiometria (inserir os dados numéricos em dB, extraídos do gráfico), nas seguintes frequências:

	500Hz	1.000Hz	2.000Hz	4.000Hz
Orelha Direita				
Orelha Esquerda				

Laudo: _____

---

4. **SUSPEITA DE PERDA AUDITIVA:**

Suspeita de deficiência auditiva após a avaliação do médico ORL ou fonoaudiólogo:

Descrever o prejuízo da deficiência:

5. **IMPACTO DA PERDA AUDITIVA:**

Informe o impacto da perda auditiva, assinalando:

(3) dificuldade grave, não consegue de jeito nenhum.

(2) dificuldade moderada, precisa de auxílio na maior parte das vezes.

(1) dificuldade leve, precisa de auxílio em alguns momentos.

(0) não se aplica ao caso

Indique conforme acima, qual o grau de comprometimento ou alteração:	**0**	**1**	**2**	**3**
a) COGNIÇÃO: concentração, memória, resolução de problemas, aprendizado e comunicação.				
b) AUTOCUIDADO: auto-higiene, vestir-se, comer e ficar sozinho.				
c) MOBILIDADE: ficar em pé, mover-se dentro de casa, ficar fora de casa e caminhar uma longa distância.				
d) RELACIONAMENTOS E COMUNICAÇÃO: interação com outras pessoas e as dificuldades encontradas na comunicação; situações emocionais.				
e) ATIVIDADES DE VIDA (educacional e laboral): atividades do dia a dia, responsabilidades domésticas, lazer, trabalho e escola.				

Informe na observação do SISReg a soma dos itens de "a" ao "e". TOTAL : _____

Referência: : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43974/9788562599514_por.pdf;jsessionid=C5C029912819202EF5A4E684B16CC453?sequence=19

6. **INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:**

( ) meningite **( )** Traumatismo craniano **( )** AVC **( )** aposentado

( ) estudante (apresentar atestado de frequência escolar) **( )** deficiência associada: ( )visual ( ) física ( )intelectual/mental/TEA

DATA: ____/_____/_____ _____

Assinatura do médico ou fonoaudiólogo

- 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 de carteira de identidade/CPF, comprovante de residência, Cartão Nacional de Saúde, atestado de frequência escolar para estudantes, último exame de audiometria, carteira de saúde (para bebês com falha no teste e reteste da orelhinha).

Ao preencher a Observação no SISREG, informe: 1) qual item assinalado; 2) qual o grau de interesse; 3) Justificativa 3.1 ou 3.2 os resultados da audiometria; 4) descrever o prejuízo; 5) Soma dos itens; 6) informações complementares.

Em caso de dúvida entrar em contato com: gehar.saudeauditiva@saude.sc.gov.br