

## 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 5:**

1. Perda auditiva confirmada: ( ) orelha direita ( ) orelha esquerda			
2. Resultado da audiometria:			
	500Hz	1000Hz	2000Hz
OD			
OE			
3. Laudo/parecer audiológico:			
4. ( ) Recém-nascido com teste da orelhinha alterado (teste/reteste)			
5. ( ) Suspeita de deficiência auditiva após a avaliação do médico otorrinolaringologista ou fonoaudiólogo.			
<u>JUSTIFICATIVA (descrever prejuízo social da deficiência auditiva:</u>			
6. 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