

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:				
<input type="checkbox"/> orelha direita (<input type="checkbox"/> 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:				
<input type="checkbox"/> meningite <input type="checkbox"/> Traumatismo crânio-encefálico <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> aposentado				
<input type="checkbox"/> estudante (apresentar atestado de matrícula)				

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

DATA: ____/____/____

Carimbo e assinatura do profissional