

**CHECK LIST PARA VERIFICAÇÃO DE AASI QUANDO O ORÇAMENTO DE ASSISTÊNCIA TÉCNICA NÃO É POSSÍVEL<sup>1</sup>**

Nome:

Data:

CNS ou CPF:

Tempo de uso do AASI: \_\_\_\_ meses \_\_\_\_ anos

Dados do AASI:

<b>Orelha direita:</b>	<b>Orelha esquerda:</b>
Marca: _____	Marca: _____
Modelo: _____	Modelo: _____
Nº de série: _____	Nº de série: _____

**1 Justificativa para a não realização do orçamento de conserto do AASI em empresa especializada**

OD	OE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Fim de contrato da empresa com o SASA (1)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Não há assistência técnica da marca do AASI na região em que o usuário reside (1)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Empresa cobra pelo orçamento (2)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Usuário com dificuldades para acessar a assistência técnica (2)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros: _____

**2. Verificação do AASI de forma geral**

OD	OE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparelho <b>não funcionando</b> , “mudo” (10)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparelho com <b>funcionamento</b> intermitente (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparelho <b>funcionando</b> com distorção excessiva (7)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparelho <b>funcionando</b> com leve distorção (3)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparelho <b>não conecta</b> ao <i>software</i> da empresa para programação (10)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparelho <b>conecta</b> ao <i>software</i> da empresa, mas não aceita nova programação (7)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparelho com <b>gaveta de pilha</b> oxidada/quebrada (1)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparelho com <b>gancho de som</b> quebrado (1)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparelho com <b>tecnologia obsoleta</b> (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aparelho com <b>botões</b> com mau funcionamento/quebrados (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>Caixa do AASI</b> desgastada/quebrada (1)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros: _____

**3. Capsulas intra-aural (ITE/ITC/CIC)**

OD	OE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cápsula quebrada/rachada (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cápsula machucando orelha (3)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ventilação/receptor ocluído por cerume (1)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cápsula frouxa ou provocando microfonia (3)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros: _____

**4. Receptor**

OD	OE	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tubo do receptor quebrado/“torcido” (5)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ponta do receptor quebrada/danificada (3)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Receptor ocluído por cerume (1)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Outros: _____

**5 Pontuação:** somar os valores entre parênteses = \_\_\_\_\_

**6. ANEXAR FOTOS DO AASI, DA TELA DO COMPUTADOR NO CASO DE NÃO CONEXÃO OU NÃO PROGRAMAÇÃO E DO GANHO DE INSERÇÃO/GANHO FUNCIONAL QUANDO POSSÍVEL REALIZAR**

**7. Parecer serviço social:**

7.1

\_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Protocolo elaborado pela Comissão técnica de saúde auditiva do Estado de Santa Catarina.

- Fim de contrato da empresa com o SASA
- Não há assistência técnica da marca do AASI na região em que o usuário reside
- Empresa cobra pelo orçamento
- Outros: \_\_\_\_\_

**7.2 Descrição da orientação com o Serviço Social:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**7.3 Recomendação do Serviço social**

- Encaminhar para reposição somente com o *check list* e fotos anexas
- Buscar empresa sugerida pelo Serviço Social para orçamento
- Fazer boletim de ocorrência – Motivo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Outros: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

O Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva (SASA) encaminha o paciente acima para realizar a **REPOSIÇÃO** de aparelho de amplificação sonoro individual, conforme verificado em check-list e parecer do fonoaudiólogo e assistente social do SASA.

Este encaminhamento deve ser preenchido por um profissional do Serviço Ambulatoriais de Saúde Auditiva (SASA) e o usuário deverá levar esta documentação para a Secretaria Municipal de Saúde (Setor de TFD ou Serviços Especiais) para ser inserido no SISREG.

Local e data: \_\_\_\_\_ .

Assinatura: \_\_\_\_\_

**OBS: Este encaminhamento substitui o laudo do orçamento para solicitar reposição de aparelho auditivo no SUS.**

**Em caso de dúvida entrar em contato com o Serviço Estadual de Saúde Auditiva da Secretaria de Estado da Saúde – saudeauditivasur@saude.sc.gov.br**