

ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO HOSPITALAR DE SAÚDE AUDITIVA PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

NOME: _____

IDADE: _____

D.N: _____

CNS: _____

TELEFONES: _____

O Serviço Hospitalar de Saúde Auditiva tem como objetivo avaliar os candidatos ao uso do implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso, realizar a cirurgia, bem como o acompanhamento ambulatorial pós-cirúrgico conforme os critérios descritos na Portaria MS nº 2.776 de 18/12/2014 e Relatório nº 99 da CONITEC de junho de 2014.

Este encaminhamento deve ser preenchido por um profissional do Serviço Ambulatoriais de Saúde Auditiva (SASA) para a transferência do processo para o Serviço Hospitalar de Saúde Auditiva (SHSA).

O SASA deverá encaminhar o processo para o Serviço de Saúde Auditiva Estadual/ATPCD/SUR/SES, com os seguintes documentos do paciente:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> cópia do RG e CPF do usuário | <input type="checkbox"/> cópia do comprovante de residência |
| <input type="checkbox"/> laudo médico/TFD | <input type="checkbox"/> relatório fonoaudiológico, psicológico e do assistente social |
| <input type="checkbox"/> cópia do Cartão Nacional de Saúde | <input type="checkbox"/> avaliações audiológicas (audiometrias, EOA, PEATE, imitanciometrias) |

Assinale o(s) critério(s) de indicação para avaliação:

Perda auditiva condutiva ou mista bilateral	<input type="checkbox"/> Má formação congênita de orelha bilateral que impossibilite adaptação de AASI
	<input type="checkbox"/> Com gap maior que 30 dB na média das frequências de 0,5, 1,2 e 3KHz
	<input type="checkbox"/> Limiar médio melhor que 60 dB para a via óssea nas frequências de 0,5, 1, 2 e 3 KHz em uma ou ambas as orelhas.

OBSERVAÇÕES:

O SHSA deverá informar, na emissão da AIH, que o paciente foi encaminhado do Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva, mediante o Encaminhamento ao Serviço Hospitalar de Saúde Auditiva.

DATA: _____

Carimbo e assinatura do profissional