

**Identificação da Unidade**

Nome

CNPJ

**Dados do Paciente**

Nome

CPF/CNS

Nome da Mãe ou Responsável

Endereço (Logradouro, nº, complemento, bairro)

Telefone

Município

UF

CEP

Data de nascimento

SEXO

Masc.

Fem.

CONVÊNIO

Sim

Não

Nome do Convênio

1

2

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

Código

Nome do Procedimento

**JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S)****ATENDIMENTOS**

CID10

CAUSA PRINCIPAL

CAUSA BÁSICA

CAUSA ASSOCIADA

**SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS**
 Dificuldade auditiva
  OD
  OE
  Flutuante
  Estável
  Progressiva
  Com zumbido
  Com tontura
**PROVÁVEL ETIOLOGIA**
 Desconhecida
  Genética
  Surdez Súbita
  Malformação Congênita
  Presbícia
  Otite Média Crônica
  Pós-Operatório
  TCE
  Idiopática
  Uso de Ototóxicos
  Fratura do Osso Temporal
**CAUSAS PERINATAIS**
 Anóxia
  Baixo Peso
  Trabalho de Parto Prolongado
  Prematuridade
  Hiperbilirrubinemia
**DOENÇAS INFECCIOSAS**
 Meningite
  Sarampo
  Toxoplasmose
  Caxumba
  Rubéola Congênita
  Outras
**CARACTERIZAÇÃO DA PERDA**

TIPO	OE	OD	GRAU	OE	OD
Neurosensorial			Normal		
Conductiva			Leve		
Mista			Moderado		
Central			Profundo		
			Severo		

**PRÓTESES AUDITIVAS**

TIPO	OE	OD	TECNOLOGIA	OE	OD
Retroauricular			Tipo A		
Intra auricular			Tipo B		
Microcanal			Tipo C		
Intra Canal			Via óssea		

**MOTIVO DE REPOSIÇÃO DE AASI**
 Roubo (anexar boletim de ocorrência)
  Falha técnica do AASI (findo o prazo de garantia)
  Perda auditiva progressiva (anexar exame(s))
**ASSINATURA E CARIMBO**

CPF do OTORRINOLARINGOLOGISTA/FONOAUDIÓLOGO

NOME

DATA

OTORRINOLARINGOLOGISTA / FONOAUDIÓLOGO