



ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA - SASA

NOME: _____

CNS/CPF: _____ DN: ____/____/____

O Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva tem como objetivo a concessão de aparelho de amplificação sonora individual (AASI)*. Assinale o motivo do encaminhamento e informe os dados para a classificação de risco na Regulação.

1. () Recém-nascido com TESTE E RETESTE – “teste da orelhinha” ALTERADO (incluir cópia da Carteira de Saúde da Criança – página do resultado da TRIAGEM.

2. Perda auditiva CONFIRMADA

() ORELHA DIREITA

() ORELHA ESQUERDA

Inserir resultado da audiometria:

	500 Hz	1.000 Hz	2.000 Hz	4.000 Hz
OD				
OE				

() Resultado do PEATE (se este for o exame de referência): _____

3. () SUSPEITA de deficiência auditiva após a avaliação do médico otorrinolaringologista ou fonoaudiólogo.

JUSTIFICATIVA (descrever prejuízo social da deficiência auditiva): _____

4. Informações complementares:

() meningite () Traumatismo crânio-encefálico () AVC () aposentado

() estudante (apresentar atestado de frequência escolar)

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

DATA: ____/____/____

Carimbo e assinatura do profissional

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 da carteira de identidade, CPF, comprovante de residência, Cartão Nacional de Saúde, atestado de frequência acadêmica p/ estudantes, último exame de audiometria, carteira de saúde (página TRIAGEM – para crianças que falharam no teste da orelhinha).