

FICHA DE REFERÊNCIA REABILITAÇÃO E CONTRARREFERÊNCIA AUDITIVA SES RS

IMPLANTE COCLEAR E PRÓTESE AUDITIVA ANCORADA NO OSSO

_____ de _____ de 20_____.

Encaminhamos o(a) paciente _____ para **implante coclear/prótese auditiva ancorada no osso**, devendo ser solicitada consulta no GERCON na Especialidade Reabilitação Auditiva Pediátrica (até 12 anos) ou Reabilitação Auditiva Adulto (a partir de 13 anos), com a indicação da unidade executante – Hospital _____ de _____ Clínicas _____ de _____ Porto Alegre. Informamos que o(a) paciente foi adaptado(a) com a(s) prótese(s) auditiva(s) de marca _____, modelo _____ na OD e modelo _____ na OE, no mês de _____ de 20____, sendo submetido (a) à Avaliação Otorrinolaringológica, Avaliação Audiológica completa neste serviço, bem como ao protocolo do Implante Coclear e Prótese Ancorada no Osso, conforme pactuado com o HCPA.

Nome da Instituição _____

Diagnóstico*: Surdez Neurosensorial
 Surdez Conduktiva
 Surdez Mista

Realizou cirurgia otológica – Alta Complexidade

não sim: Timpanoplastia*
 Mastoidectomia*
 Estapedectomia*

*Preencher com AO/OD/OE.

Tem retorno marcado? não sim Data: _____

Iniciou fonoterapia no serviço onde foi protetizado? não sim

Outras considerações:

Fonoaudiólogo

Médico Otorrinolaringologista