

## ANEXO

### CADASTRO – AVALIAÇÃO DE IMPLANTE COCLEAR - HUCFF/RJ

#### 1. IDENTIFICAÇÃO

|                                  |
|----------------------------------|
| Paciente:                        |
| Sexo:                            |
| CPF:                             |
| Data do nascimento:              |
| Cartão Nacional de Saúde (CNS):  |
| Endereço:                        |
| CEP:                             |
| Cidade:                          |
| Telefone:                        |
| Responsável pelo Paciente:       |
| Responsável pelo encaminhamento: |

#### 2. HISTÓRIA

|                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------|
| Qual a causa da surdez?                                                    |
|                                                                            |
| Quantos anos tinha quando ficou surdo?                                     |
|                                                                            |
| Surdez progressiva (foi piorando com o passar do tempo) ou foi de repente? |
|                                                                            |
| Existe outra doença associada à perda de audição? Qual?                    |
|                                                                            |

### 3. REABILITAÇÃO

|                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Já utilizou ou utiliza prótese auditiva?                                                           |
|                                                                                                    |
| Em caso afirmativo, data da protetização e em qual orelha?                                         |
|                                                                                                    |
| Qual o resultado com a prótese auditiva?                                                           |
|                                                                                                    |
| Realiza tratamento fonoaudiológico?                                                                |
|                                                                                                    |
| Em caso afirmativo, há quanto tempo e quantas vezes por semana realiza tratamento fonoaudiológico? |
|                                                                                                    |
| Qual o nome do fonoaudiólogo e/ou Instituição onde é atendido?                                     |
|                                                                                                    |
| Qual tipo de linguagem é utilizada pelo paciente? LIBRAS/ Oral/ Gestual?                           |
|                                                                                                    |

### 4. EXAMES REALIZADOS

|                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------|
| Quais os exames audiológicos já realizados e resultados: (anexar exames) |
| (    ) Audiometria                                                       |
|                                                                          |
| (    ) PEATE (Bera)                                                      |
|                                                                          |
| (    ) Emissão Otoacústica                                               |
|                                                                          |
| (    ) Outros                                                            |