



Serviço de Otorrinolaringologia (ORL) / Setor de Implante Coclear (SIC)
Hospital Universitário de Brasília (HUB)

FORMULÁRIO DE TRIAGEM

1. NOME: _____
2. DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
3. CPF: _____ RG: _____ UF _____
4. ENDEREÇO: _____
5. CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
6. TELEFONES: () _____
7. EMAIL: _____
8. PROFISSÃO: _____ OCUPAÇÃO: _____
9. ESCOLARIDADE: _____

HISTÓRICO DA DOENÇA ATUAL

10. A SURDEZ É BILATERAL (NOS DOIS OUVIDOS)? ()SIM ()NÃO
11. QUAL A CAUSA DA SURDEZ? _____
12. A DEFICIÊNCIA AUDITIVA ESTÁ PRESENTE DESDE O NASCIMENTO? ()SIM ()NÃO
13. AS PESSOAS ENTENDEM O QUE VOCÊ FALA? ()SIM ()NÃO
14. CASO TENHA ADQUIRIDO A SURDEZ APÓS O NASCIMENTO, QUANDO ELA APARECEU?

15. A SURDEZ FOI PROGRESSIVA (FOI PIORANDO COM O PASSAR DO TEMPO)?
()SIM ()NÃO
16. QUAL O GRAU DA SURDEZ NO OUVIDO DIREITO?

17. QUAL O GRAU DA SURDEZ NO OUVIDO ESQUERDO?

18. SEUS OUVIDOS IMFLAMAM REGULARMENTE (SUPURAM)?
()SIM ()NÃO
19. VOCÊ USA APARELHOS AUDITIVOS? ()SIM ()NÃO
20. EM QUAL OUVIDO?
()NOS DOIS OUVIDOS ()NO DIREITO ()NO ESQUERDO
21. JÁ FEZ CIRURGIA NOS OUVIDOS? ()SIM ()NÃO
22. EM QUAL OUVIDO?
()NOS DOIS OUVIDOS ()NO DIREITO ()NO ESQUERDO

23. QUAL O TIPO DE CIRURGIA?

24. VOCÊ FAZ REABILITAÇÃO AUDITIVA? ()SIM ()NÃO

25. HÁ QUANTO TEMPO? _____

26. QUANTAS VEZES POR SEMANA? _____

27. É FEITO POR FONOAUDIOLOGA? ()SIM ()NÃO

28. VOCÊ É ACOMPANHADO POR ALGUM MÉDICO OTORRINO?

()SIM

()NÃO

ONDE? _____

ATENÇÃO: CASO VOCÊ TENHA ALGUM EXAME AUDIOLÓGICO (AUDIOMETRIA, BERA, IMITANCIOMETRIA, ETC) ANEXE UMA CÓPIA, POR GENTILEZA.

O PREENCHIMENTO DESTE FORMULÁRIO REPRESENTA APENAS UMA PARTE DA AVALIAÇÃO E NÃO É GARANTIA PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS, EXAMES E/OU MESMO DO IMPLANTE COCLEAR.

BRASÍLIA, ____/____/____

CIENTE: _____