



ANEXO I

(PACIENTE LARINGECTOMIZADO TOTAL – REABILITAÇÃO FONATORIA)

1. IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

1.1 NOME: _____

1.2 IDADE: _____

1.3 SEXO: () FEMININO () MASCULINO

1.4 CAUSA INDICADORA: () CID C32.9 () CID Z93.0

1.5 CIDADE ONDE A LARINGECTOMIA FOI REALIZADA: _____

1.6 QUAL HOSPITAL: _____

1.7 NOME DO MEDICO CIRURGIÃO: _____

1.8 DATA DA REALIZAÇÃO DA LARINGECTOMIA: ____/____/____

1.9 TELEFONE DO USUÁRIO: _____

2. CARACTERÍSTICAS DA ESTOMIA

2.1 TAMANHO DO ESTOMA ALT _____(MM) - LAR _____(MM)

2.2 FORMATO: () REDONDO () OVAL () OUTROS: _____

2.3 COMPLICAÇÕES DENTRO DO ESTOMA:

() ESTENOSE () GRANULOMA () IRRITAÇÃO

2.4 CIRURGIA DE RESGATE () SIM () NÃO

3. PRÓTESE TRAQUEOESOFÁGICA: () NÃO SE APLICA PROCEDIMENTO PARA COLOCAÇÃO (Ato da laringectomia ou posteriormente)

() 07.02.09.004-2-PRÓTESE VOCAL POS-LARINGECTOMIA COM ADAPTADORES AVULSO

3.1 PRIMEIRA COLOCAÇÃO:

() 8MM () 10MM () 12,5MM

3.2 TROCA: () VEGA

() 4MM () 6MM () 8MM () 10MM () 12,5MM () 15MM

3.3 TROCA: () VEGA XTRASEAL

() 4MM () 6MM () 8MM () 10MM () 12,5MM () 15MM

3.4 PLUGUE:

() SIM () NÃO SE APLICA

3.5 ESCOVA PARA PRÓTESE:

() SIM () NÃO SE APLICA

3.6 DISPOSITIVO DE LIMPEZA E IRRIGAÇÃO DE PRÓTESES:

() SIM () NÃO SE APLICA

4. LARINGE ELETRÔNICA: () NÃO SE APLICA

4.1 () LARINGE ELETRÔNICA SOLATONE PLUS, com pilhas recarregáveis, cabo carregador USB + acessórios.



5. OBSERVAÇÕES:

6. LOCAL E DATA

7. ASSINATURA E CARIMBO

_____, ____/____/____ . _____.