

## **ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO HOSPITALAR DE SAÚDE AUDITIVA IMPLANTE COCLEAR**

### IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

NOME: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_ D.N: \_\_\_\_\_ CNS: \_\_\_\_\_  
TELEFONES: \_\_\_\_\_

O Serviço Hospitalar de Saúde Auditiva tem como objetivo avaliar os candidatos ao uso do implante coclear e prótese auditiva ancorada no osso, realizar a cirurgia, bem como o acompanhamento ambulatorial pós-cirúrgico conforme os critérios descritos na Portaria MS nº 2.776 de 18/12/2014 e Relatório nº 99 da CONITEC de junho de 2014.

Este encaminhamento deve ser preenchido por um profissional do Serviço Ambulatoriais de Saúde Auditiva (SASA) para a transferência do processo para o Serviço Hospitalar de Saúde Auditiva (SHSA).

O SASA deverá encaminhar o processo para o Serviço de Saúde Auditiva Estadual/ATPCD/SUR/SES, com os seguintes documentos do paciente:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> cópia do RG e CPF do usuário      | <input type="checkbox"/> cópia do comprovante de residência   |
| <input type="checkbox"/> laudo médico/TFD                  | <input type="checkbox"/> relatórios dos profissionais do SASA (fonoaudiólogo, médico, serviço social, psicólogo)                    |
| <input type="checkbox"/> cópia do Cartão Nacional de Saúde | <input type="checkbox"/> avaliações audiológicas (audiometrias, EOA, PEATE, imitanciometrias,, ganho funcional, ganho de inserção). |

#### **Assinale o(s) critério(s) principais de indicação para avaliação:**

- perda auditiva neurosensorial de grau severo a profundo bilateralmente;
- Uso efetivo dos AASIS
- Acesso à terapia fonoaudiológica em condições adequadas de reabilitação auditiva na região de origem.

#### **Assinale o critério idade ou especiais:**

Crianças com até 4 anos de idade incompletos:	<input type="checkbox"/> Ter experiência com uso de AASI por um período mínimo de três meses, com exceção dos casos de meningite e/ou surdez profunda de etiologia genética comprovada;
	<input type="checkbox"/> Limiares em campo livre com AASI piores que 50dBNA nas frequências da fala (500Hz a 4KHz);
Crianças a partir de 4 até 7 anos de idade incompletos:	<input type="checkbox"/> Presença de indicadores favoráveis para o desenvolvimento de linguagem oral mensurados por protocolos padronizados

## **ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO HOSPITALAR DE SAÚDE AUDITIVA IMPLANTE COCLEAR**

Crianças a partir dos 7 anos até 12 anos de idade incompletos:	( ) Presença de código linguístico oral em desenvolvimento. Deve apresentar comportamento linguístico predominantemente oral
	( ) Uso de AASI contínuo e efetivo desde no mínimo 2 anos de idade
Adolescentes a partir de 12 anos de idade com perda auditiva neurosensorial pré-lingual:	( ) Presença de código linguístico oral estabelecido e adequadamente reabilitado pelo método oral;
	( ) Uso de AASI efetivo desde o diagnóstico da perda auditiva severa a profunda
Adolescentes a partir de 12 anos de idade com perda auditiva neurosensorial pós-lingual:	( ) Apresentar os critérios principais de indicação à cirurgia do implante coclear
Adultos com perda auditiva neurosensorial pré-lingual:	( ) Presença de código linguístico oral estabelecido e adequadamente reabilitado pelo método oral
	( ) Uso de AASI efetivo desde o diagnóstico da perda auditiva severa a profunda
Adultos com perda auditiva neurosensorial pós-lingual:	( ) Apresentar os critérios principais de indicação à cirurgia do implante coclear
Espectro da Neuropatia Auditiva:	( ) Em crianças pré-linguais o uso de AASI por um tempo mínimo de 12 meses em prova terapêutica fonoaudiológica é obrigatória. O desempenho nos testes de percepção auditiva da fala é soberano ao grau da perda auditiva;
	( ) Em crianças pós-linguais o desempenho nos testes de percepção auditiva da fala é soberano ao grau da perda auditiva;
Cegueira associada independente da idade e época da instalação da surdez:	( ) Apresentar os critérios principais de indicação à cirurgia do implante coclear.

OBSERVAÇÕES:

O SHSA deverá informar, na emissão da AIH, que o paciente foi encaminhado do Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva, mediante o Encaminhamento ao Serviço Hospitalar de Saúde Auditiva.

DATA: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_   
Carimbo e assinatura do profissional