

ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde – SES/SC
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência - ATPCD

ENCAMINHAMENTO AO SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO

Nome: _____
Idade: _____ D.N.: _____ CNS: _____
CPF: _____ Telefones: _____
Endereço completo: _____
Bairro: _____ CEP: _____ Município: _____

O Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva tem como objetivo a concessão de **aparelho de amplificação sonora individual (AASI)**.

Este encaminhamento deverá ser preenchido por **médico ou fonoaudiólogo** para abertura do processo para o Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva na Secretaria Municipal de Saúde de referência do usuário, juntamente com os seguintes documentos:

- CÓPIA DO RG E CPF (DO USUÁRIO),
- COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA,
- CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE,

O usuário que apresentar um ou mais critérios descritos abaixo serão potenciais candidatos ao Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva.

Assinale o(s) critério(s) abaixo que justifique(m) o encaminhamento e/ou descreva a justificativa:

1. () **Perda auditiva confirmada (já realizou avaliação audiológica).**

2. () **Recém-nascido com resultado alterado (falha) no TESTE e RETESTE do Teste da Orelhinha** - Exame de Emissão Otoacústica (EOA)/ Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico (BERA/PEATE-A).

3. () **Suspeita de perda auditiva:**

- | | | |
|---|----------------------------|--------------------------|
| () dificuldade para ouvir/entender/falar | () otites frequentes | () meningite bacteriana |
| () trabalha em ambiente ruidoso | () alterações metabólicas | () neoplasias |

Justificativa:

Data: _____

Assinatura e carimbo do profissional