



**ANAMNESE AUDIOLÓGICA**  
CENTRO DE REFERÊNCIA DE SAÚDE DO TRABALHADOR - CRST

Nº CARTÃO SUS: \_\_\_\_\_

REGISTRO: \_\_\_\_\_

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

**DADOS PESSOAIS**

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: _____	SEXO: _____	<input type="checkbox"/> MASCULINO	<input type="checkbox"/> FEMININO
--------------	-------------	------------------------------------	-----------------------------------

**DADOS OCUPACIONAIS**

EMPRESA	FUNÇÃO	NPSE	QUÍM	O	PROTETOR	TEMPO

NPSE = NÍVEL DE PRESSÃO SONORA ELEVADO; QUIM = QUÍMICOS; O = OUTRO AGENTE - ESPECIFICAR. TEMPO TOTAL: \_\_\_\_\_

**HÁBITOS E ANTECEDENTES INDIVIDUAIS**

JÁ FEZ USO DE ARMA DE FOGO?  SIM  NÃO | EM QUE SITUAÇÃO JÁ UTILIZOU? \_\_\_\_\_

JÁ ESTEVE EXPOSTO A ALGUMA EXPLOSÃO?  SIM  NÃO | JÁ TEVE:  CAXUMBA  MENINGITE  SARAMPO  SÍFILIS | HÁ QUANTO TEMPO?: \_\_\_\_\_

VOCÊ JÁ TOMOU ALGUM REMÉDIO POR TEMPO PROLONGADO?  SIM  NÃO | QUAIS? \_\_\_\_\_

TEM DIABETES?  SIM  NÃO | TEM HIPERTENSÃO ARTERIAL?  SIM  NÃO | TEM VERTIGEM?  SIM  NÃO | JÁ TEVE OTITE?  SIM  NÃO | OE  OD  | HÁ QUANTO TEMPO? \_\_\_\_\_

JÁ FOI SUBMETIDO A CIRURGIA DE OUVIDO?  SIM  NÃO | OE  OD  | QUANDO? \_\_\_\_\_ | JÁ SOFREU TRAUMATISMO CRÂNIO - ENCEFÁLICO?  SIM  NÃO

ESTÁ FAZENDO TRATAMENTO MÉDICO?  SIM  NÃO | POR QUE? \_\_\_\_\_ | HÁ QUANTO TEMPO? \_\_\_\_\_

EXPOSIÇÃO EXTRA - OCUPACIONAL A NPSE?  SIM  NÃO

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

ALGUM MEMBRO DA FAMÍLIA TEM DEFICIÊNCIA AUDITIVA?  SIM  NÃO

**ASPECTOS AUDITIVOS**

COMO CONSIDERA A SUA AUDIÇÃO?  NORMAL  REDUZIDA BILATERAL  REDUZIDA OE  REDUZIDA OD | HÁ QUANTO TEMPO VEM SENTINDO PERDA DA AUDIÇÃO? \_\_\_\_\_

TEM DIFICULDADE PARA ENTENDER CONVERSAÇÃO EM AMBIENTES RUIDOSOS OU COM MAIS INTERLOCUTORES?  SIM  NÃO | SENTE ZUMBIDO?  SIM  NÃO | OE  OD  | O ZUMBIDO É CONSTANTE?  SIM  NÃO | DE QUE TIPO? \_\_\_\_\_

O ZUMBIDO O INCOMODA?  SIM  NÃO | GRAU DE INCÔMODO COM O ZUMBIDO: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 (PIOR) | APRESENTA INCÔMODO A SONS INTENSOS?  SIM  NÃO | HÁ QUANTO TEMPO? \_\_\_\_\_

APRESENTA INCÔMODO COM SONS DO DIA-A-DIA?  SIM  NÃO | HÁ QUANTO TEMPO? \_\_\_\_\_ | EXAMES AUDIOMÉTRICOS ANTERIORES:  SIM  NÃO | QUANDO? \_\_\_\_\_

RESULTADO:  OD  OE

OBSERVAÇÕES: \_\_\_\_\_ | ENTREVISTADOR: \_\_\_\_\_