



PROTOCOLO DE ANAMNESE E AVALIAÇÃO FONOAUDIOLÓGICA - CRI

PACIENTE:

DATA:

1 - ANAMNESE:

QUEIXA / SINTOMAS / DURAÇÃO / HISTÓRIA PREGRESSA DA QUEIXA:

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

2 - AVALIAÇÃO OROMIOFUNCIONAL:

LÁBIOS:(SENSIBILIDADE / POSTURA / MOBILIDADE / TÔNUS):

LÍNGUA:(SENSIBILIDADE / POSTURA / TÔNUS):

MOBILIDADE:

<input type="checkbox"/>	PROTRUSÃO	<input type="checkbox"/>	RETRAÇÃO	<input type="checkbox"/>	ROTAÇÃO	<input type="checkbox"/>	VARREDURA	<input type="checkbox"/>	LATERALIZAÇÃO COMISSURA LABIAL
<input type="checkbox"/>	LATERALIZAÇÃO PARA AS BOCHECHAS			<input type="checkbox"/>	ELEVAÇÃO / ABAIXAMENTO DE PONTA				

BOCHECHAS (TÔNUS):

ARCADA DENTÁRIA: DENTIÇÃO: QUAIS::

<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO
--------------------------	-----	--------------------------	-----

ESTADO DE CONSERVAÇÃO::

PRÓTESE:

ADAPTADA:

ESTADO DE CONSERVAÇÃO:

TEMPO DE USO:

<input type="checkbox"/>	PARCIAL	<input type="checkbox"/>	TOTAL	<input type="checkbox"/>	SUPERIOR	<input type="checkbox"/>	INFERIOR	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO
--------------------------	---------	--------------------------	-------	--------------------------	----------	--------------------------	----------	--------------------------	-----	--------------------------	-----

HIGIENE ORAL:

REBORDO ALVEOLAR:

SALIVAÇÃO:

SENSIBILIDADE FACIAL:

<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	DIMINUÍDA	<input type="checkbox"/>	XEROSTOMIA	<input type="checkbox"/>	ESPESSA	<input type="checkbox"/>	DIFICULDADE DEGLUTIR		
--------------------------	--------	--------------------------	-----------	--------------------------	------------	--------------------------	---------	--------------------------	----------------------	--	--

PALATO DURO:

PALATO MOLE:

REFLEXO / GAG:

<input type="checkbox"/>	SENSIBILIDADE	<input type="checkbox"/>	MOBILIDADE	<input type="checkbox"/>	FECHAMENTO	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO
--------------------------	---------------	--------------------------	------------	--------------------------	------------	--------------------------	-----	--------------------------	-----

ATM DIREITA:

ATM ESQUERDA:

MUSCULATURA (M. TEMPORAL, M. MASSETER):

MADÍBULA:

ABERTURA:

<input type="checkbox"/>	PROTRUSÃO	<input type="checkbox"/>	RETRAÇÃO	<input type="checkbox"/>	LATERALIZAÇÃO	<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	DESVIADA	<input type="checkbox"/>	DIMINUÍDA	MM.
--------------------------	-----------	--------------------------	----------	--------------------------	---------------	--------------------------	--------	--------------------------	----------	--------------------------	-----------	-----

POSIÇÃO DA LARINGE:

MOBILIDADE:

DOR À PALPAÇÃO:

<input type="checkbox"/>	ADEQUADA	<input type="checkbox"/>	ALTA	<input type="checkbox"/>	BAIXA	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO
--------------------------	----------	--------------------------	------	--------------------------	-------	--------------------------	-----	--------------------------	-----

MÍMICA FACIAL:

		TOTAL	PARCIAL	NORMAL		TOTAL	PARCIAL	NORMAL
1	ABOLIÇÃO DAS RUGAS FRONTAIS				5	DESVIO E DEPRESSÃO DA COMISSURA LABIAL		
2	OLHOS ABERTOS				6	BOCHECHA FLÁCIDA		
3	NARIZ SIMÉTRICO				7	SORRISO SIMÉTRICO		
4	ABOLIÇÃO DO SULCO NASOLABIAL				8	REBAIXAMENTO DA PONTA DA SOBRANCELHA		

3 - AVALIAÇÃO DISFAGIA:

ALIMENTA-SE:				CONSISTÊNCIAS:																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	SNE	<input type="checkbox"/>	V.O.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	OUTROS																							
APRESENTA TRAQUEOSTOMA:				PERMANECE FECHADO:				DIFICULDADE PARA MASTIGAR:				ALIMENTO:				DIFICULDADE PARA DEGLUTIR:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
ENGASGOS:				FREQUÊNCIA:								ALIMENTO:															
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																								
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO																								
APRESENTA TOSSE:								SENSAÇÃO DE ALIMENTO PARADO:								LOCAL:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
APRESENTA ODINOFAGIA:				LOCAL:								FEBRE:				CHIADO PULMONAR:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
HÁ MUDANÇA NA QUALIDADE VOCAL APÓS A REFEIÇÃO:				HOUE PERDA DE PESO:				PESO ATUAL:				ALTURA:				IMC:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
PERDA DE PALADAR:				PERDA DE OLFATO:				AUSCULTA CERVICAL EM REPOUSO:								TABAGISMO:				ALCOOLISMO:							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.1 - AVALIAÇÃO FUNCIONAL

MASTIGAÇÃO:

ALIMENTO UTILIZADO PARA AVALIAÇÃO:												CONSEGUE FAZER HIGIENE ORAL COM A LÍNGUA:							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SELAAMENTO LABIAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	PROPULSÃO DO BOLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	FORMAÇÃO DO BOLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	CONTENÇÃO DO BOLO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	MOVIMENTO VERTICAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	BALANCEIO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	COM DIFICULDADE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TREINO DIRETO:

1ª CONSISTÊNCIA TESTADA: (Nº OFERTAS / QUANTIDADE / AC- PENETRAÇÃO / ASPIRAÇÃO / MANOBRAS / POSTURAS):

ATRASO NO DISPARO DO REFLEXO:				PRESENCIA DE TOSSE:								REFLUXO NASAL:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELEVÇÃO LARÍNGEA:				QUANTIDADE DE DEGLUTIÇÕES POR BOLO:								HÁ ELIMINAÇÃO DE ALIMENTAÇÃO V.O.:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	REDUZIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	AUSENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SENSAÇÃO DE DESCONFORTO:				LOCAL:								HÁ ELIMINAÇÃO DE ALIMENTAÇÃO V.O.:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
ESTASE ALIMENTAR:				LOCAL:																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO																				

QUALIDADE VOCAL APÓS:

2ª CONSISTÊNCIA TESTADA: (Nº OFERTAS / QUANTIDADE / AC- PENETRAÇÃO / ASPIRAÇÃO / MANOBRAS / POSTURAS):

ATRASO NO DISPARO DO REFLEXO:				PRESENCIA DE TOSSE:								REFLUXO NASAL:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELEVÇÃO LARÍNGEA:				QUANTIDADE DE DEGLUTIÇÕES POR BOLO:								HÁ ELIMINAÇÃO DE ALIMENTAÇÃO V.O.:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	REDUZIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	AUSENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SENSAÇÃO DE DESCONFORTO:				LOCAL:								HÁ ELIMINAÇÃO DE ALIMENTAÇÃO V.O.:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
ESTASE ALIMENTAR:				LOCAL:																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO																				

QUALIDADE VOCAL APÓS:

3ª CONSISTÊNCIA TESTADA: (Nº OFERTAS / QUANTIDADE / AC- PENETRAÇÃO / ASPIRAÇÃO / MANOBRAS / POSTURAS):

ATRASO NO DISPARO DO REFLEXO:				PRESENCIA DE TOSSE:								REFLUXO NASAL:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ELEVÇÃO LARÍNGEA:				QUANTIDADE DE DEGLUTIÇÕES POR BOLO:								HÁ ELIMINAÇÃO DE ALIMENTAÇÃO V.O.:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	NORMAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	REDUZIDA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	AUSENTE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SENSAÇÃO DE DESCONFORTO:				LOCAL:								HÁ ELIMINAÇÃO DE ALIMENTAÇÃO V.O.:											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
ESTASE ALIMENTAR:				LOCAL:																			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				
<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO																				

QUALIDADE VOCAL APÓS:

4 - AVALIAÇÃO VOCAL

ESCALA GRBASI:

GRAU DA ALTERAÇÃO:

<input type="checkbox"/>	G	<input type="checkbox"/>	R	<input type="checkbox"/>	B	<input type="checkbox"/>	A	<input type="checkbox"/>	S	<input type="checkbox"/>	I	<input type="checkbox"/>	0	AUSENTE	<input type="checkbox"/>	1	LEVE	<input type="checkbox"/>	2	MODERADO	<input type="checkbox"/>	3	SEVERO
--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	--------------------------	---	---------	--------------------------	---	------	--------------------------	---	----------	--------------------------	---	--------

QUALIDADE VOCAL:

VOZ:

<input type="checkbox"/>	ROUCA	<input type="checkbox"/>	FEMINILIZADA	<input type="checkbox"/>	TENSA - ESTRANGULADA	<input type="checkbox"/>	SOPROSA	<input type="checkbox"/>	GUTURAL	<input type="checkbox"/>	CREPITANTE	<input type="checkbox"/>	MONÓTONA
<input type="checkbox"/>	TRÊMULA	<input type="checkbox"/>	ÁSPERA	<input type="checkbox"/>	PRESBIFÔNICA	<input type="checkbox"/>	HIPONASAL	<input type="checkbox"/>	PASTOSA	<input type="checkbox"/>	BITONAL	<input type="checkbox"/>	VIRILIZADA
<input type="checkbox"/>	TENSA	<input type="checkbox"/>	HIPERNASAL										

ATAQUE VOCAL:

LOUDNESS:

<input type="checkbox"/>	ISOCRÔNICO	<input type="checkbox"/>	BRUSCO	<input type="checkbox"/>	ASPIRADO	<input type="checkbox"/>	ADEQUADA	<input type="checkbox"/>	ALTA	<input type="checkbox"/>	BAIXA
--------------------------	------------	--------------------------	--------	--------------------------	----------	--------------------------	----------	--------------------------	------	--------------------------	-------

PITCH:

RESSONÂNCIA:

<input type="checkbox"/>	ADEQUADO	<input type="checkbox"/>	AGUDIZADO	<input type="checkbox"/>	AGUDO	<input type="checkbox"/>	EQUILIBRADA	<input type="checkbox"/>	FARÍNGEA	<input type="checkbox"/>	LARINGO - FARÍNGEA	<input type="checkbox"/>	POSTERIOR
<input type="checkbox"/>	AGRAVADO	<input type="checkbox"/>	GRAVE			<input type="checkbox"/>	HIPERNASAL	<input type="checkbox"/>	HIPONASAL	<input type="checkbox"/>	COMPENSAÇÃO NASAL		

ESTABILIDADE:

<input type="checkbox"/>	QUEBRAS DE SONORIDADE	<input type="checkbox"/>	FLUTUAÇÕES DE FREQUÊNCIA	<input type="checkbox"/>	QUEBRAS DE FREQUÊNCIA	<input type="checkbox"/>	FLUTUAÇÕES DE INTENSIDADE
--------------------------	-----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	---------------------------

INTELIGIBILIDADE:

FLEXIBILIDADE ARTICULATÓRIA:

<input type="checkbox"/>	PRECISA	<input type="checkbox"/>	IMPRECISA	<input type="checkbox"/>	ADEQUADA	<input type="checkbox"/>	TRAVADA	<input type="checkbox"/>	SORRISO
<input type="checkbox"/>	PARCIALMENTE PRECISA	<input type="checkbox"/>	ALTERNADA	<input type="checkbox"/>	SOBREARTICULADA	<input type="checkbox"/>	FECHADA		

RITMO:

<input type="checkbox"/>	ADEQUADO À INTENÇÃO DO DISCURSO	<input type="checkbox"/>	INADEQUADO À INTENÇÃO DO DISCURSO
--------------------------	---------------------------------	--------------------------	-----------------------------------

RESPIRAÇÃO:

TIPO:

MODO:

VELOCIDADE DE FALA:

<input type="checkbox"/>	ADEQUADA	<input type="checkbox"/>	AUMENTADA	<input type="checkbox"/>	REDUZIDA
--------------------------	----------	--------------------------	-----------	--------------------------	----------

COORDENAÇÃO PNEUMOFONOARTICULATÓRIA:

<input type="checkbox"/>	ADEQUADA	<input type="checkbox"/>	INADEQUADA	<input type="checkbox"/>	DISCRETA	<input type="checkbox"/>	MODERADA	<input type="checkbox"/>	SEVERA
--------------------------	----------	--------------------------	------------	--------------------------	----------	--------------------------	----------	--------------------------	--------

TEMPOS FONATÓRIOS:

/A/:	/I/:	/U/:	/S/:	/Z/:	/s/z/:
------	------	------	------	------	--------

DIADOCOCINESIA:

MODULAÇÃO:

RESTRITA PARA:

<input type="checkbox"/>	ADEQUADA	<input type="checkbox"/>	ALTERADA
--------------------------	----------	--------------------------	----------

5 - AVALIAÇÃO AUDIÇÃO

QUEIXA:

OBSERVAÇÃO:

<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO										
--------------------------	-----	--------------------------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

PRESENÇA DE ZUMBIDO:			TIPO:				DURAÇÃO:				OTITES:			
----------------------	--	--	-------	--	--	--	----------	--	--	--	---------	--	--	--

<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NÃO
--------------------------	-----	--------------------------	-----	--	--	--	--	--------------------------	--------------------------	-----	--------------------------	--------------------------	--------------------------	-----

AUDIOMETRIA:			RESULTADO:								DATA:			
--------------	--	--	------------	--	--	--	--	--	--	--	-------	--	--	--

<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO											
--------------------------	-----	--------------------------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

AASI:			MODELO:										
-------	--	--	---------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

<input type="checkbox"/>	SIM	<input type="checkbox"/>	NÃO										
--------------------------	-----	--------------------------	-----	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

EMPRESA:											TEMPO DE USO:			
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---------------	--	--	--

6 - AVALIAÇÃO LINGUAGEM

ASPECTOS LINGÜÍSTICOS: (SINTAXE/ SEMÂNTICA/ PRAGMÁTICA/ FONÉTICA/ FONOLOGIA):

MARQUE 1 PARA PRESERVADA OU 2 PARA PREJUDICADA

<input type="checkbox"/>	ATENÇÃO	<input type="checkbox"/>	GESTUALIDADE	<input type="checkbox"/>	MEMÓRIA RECENTE	<input type="checkbox"/>	MEMÓRIA DE EVOCAÇÃO	<input type="checkbox"/>	ESCRITA	<input type="checkbox"/>	LEITURA
<input type="checkbox"/>	CÓPIA	<input type="checkbox"/>	CÁLCULO MATEMÁTICO	<input type="checkbox"/>	GARANTIA DA SIGNIFICAÇÃO	<input type="checkbox"/>	PRAXIA VERBAL	<input type="checkbox"/>	PRAXIA NÃO VERBAL		

