

Precisa ficar repetindo? Sim () Não ()
Precisa falar mais alto? Sim () Não ()
Precisa falar de perto? De frente? Sim () Não ()
Precisa de intérprete ou pegar recado? Sim () Não ()

Zumbidos ? Não () OD () OE () BIL () Não localizados ()
Parecem com zunido, apito, chiado, grilo, cigarra, motor, chuva, outros? _____
Constantes () Inconstantes () Só no silêncio () Pulsáteis ()
Intensidade: Leve () Moderada () Intensa ()
Pioram em alguma situação? _____
Interferem no sono? Sim () Não ()
Interferem na concentração? Sim () Não ()
Os zumbidos pioram a audição? Sim () Não ()
Início em relação à perda auditiva : Antes () Depois () Junto ()

Tonturas? Não () Rotatórias () Não rotatórias () Flutuantes ()
Com náuseas () Com vômitos () Com sudorese ()
Em crises? () Constantes () Posturais ()
Pós-prandiais () Com cansaço () Com estresse ()
Com piora da audição? () Com piora dos zumbidos? ()
Início em relação à perda auditiva : Antes () Depois () Junto ()

Otalgias? Não () OD () OE () Bilateral ()
Há quanto tempo? _____ Quantas vezes? _____
Acompanhada de outros sintomas? _____

Otorréias? Não () OD () OE () Bilateral ()
Há quanto tempo? _____ Quantas vezes? _____
Acompanhada de outros sintomas? _____

Cefaléia? Não () Eventual () Freqüente () Diária ()
Característica _____ Localização _____

Outros sintomas? Irritabilidade () Insônia () Depressão ()
Plenitude ou pressão auricular () Autofonia ()
Prurido auricular () Prurido nasal () Alergia cutânea ()
Obstrução nasal () Rinorréia () Espirros ()
Sangramento nasal () Cervicalgia () Alteração do olfato ()
Pigarro () Disfagia () Odinofagia ()
Rouquidão () Tosse () Estridores ()
Outros sintomas ORL _____

História Progressiva:

Já teve: Cirurgia de ouvido(OD,OE,BIL)_____

Trauma de crânio com tonturas e/ou perda de consciência ()

Traumatismo: Orelha D () Orelha E () Col.cervical () Face ()

Já esteve próximo de explosões ou detonações? ()

Acidente com fogos de artifício () Com faísca elétrica ()

Uso de arma de fogo? Não () S.militar () Caçadas () Quanto?_____

Já fez exame audiométrico antes? Não () Normal () Alterado ()

Já sofreu: Complicações de gravidez ou de parto?_____

Caxumba () Sarampo () Rubéola ()

Complicações de doenças próprias da infância? () Quais?_____

Febre alta na infância () Meningite () Sífilis ()

Doenças sexualmente transmissíveis () Tuberculose ()

Tireopatias () Diabetes () Hipertensão arterial ()

Uroinfecções() Urolitíase () Nefropatias ()

Desmaios () Convulsão () Neuropatias ()

Cardiopatias () Vasculopatias () Hemopatias ()

Endocrinop. () Imunopatias () Reumatopatias ()

Outras doenças _____

Cirurgias _____

Acidentes _____

Uso de medicamentos ototóxicos _____

Intoxicações: Consumo tabaco Não () Atual () Progresso ()
_____ anos/maço Parou há quanto tempo? _____

Alcoolismo: Não () Atual () Progresso ()

Tóxicos : Não () Atual () Progresso ()

História Familiar:

Surdez na idade adulta () Surdez infantil ()

Surdez na velhice () Aparelho de surdez ()

Outras doenças familiares:_____

História da Ocupação atual:

Trabalha em ambiente ruidoso: Sim () Não ()

Há quanto tempo?_____ Função_____ Setor_____

Ruído no trabalho: Intenso() Moderado () Baixo ()

Uso de protetores auriculares: Não () Regular () Irregular ()

Uso de produtos químicos: Não () Sim ()

Quais? _____

Vibrações () Calor () Radiações () Estresse ()

Após a jornada de trabalho acusa: Zumbidos () Tonturas () Surdez ()

Plenitude auricular () Irritação () Otalgia ()

Sua audição atual interfere:

- No bom desempenho de seu trabalho: Sim () Não ()
Na oportunidade de conseguir emprego: Sim () Não ()
Na oportunidade de ascensão profissional: Sim () Não ()

Enumere todos os empregos anteriores:

EMPRESA	FUNÇÃO	TEMPO	RUÍDO	E.P.I.	PROD.QUÍM.
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- Expõe-se a ruído fora do ambiente de trabalho? Sim () Não ()
Na residência () No transporte () Esportes ()
Fones de ouvidos () Música ao vivo () Música alta ()
Outra ocupação - qual? _____

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Declaro serem verdadeiras as informações acima, responsabilizando-me por elas e autorizo sua utilização, para fins de documentação científica e ações médico-legais.

Assinatura do(a) examinando(a)

EXAME FÍSICO:

.....
.....
.....
.....
.....

EXAME OTORRINOLARINGOLÓGICO BÁSICO:

Otoscopia.....
Rinoscopia.....
Oroscopia.....
Faringoscopia.....
Laringoscopia indireta.....
Pescoço.....
Seios paranasais.....

EXAMES AUDIOMÉTRICOS:

Audiometria tonal.....
Testes com diapasões.....
Logaudiometria.....
Timpanometria e Complacência Estática.....
Reflexos estapedianos.....
Outros.....

EXAMES LABORATORIAIS:

.....
.....

EXAMES DE IMAGEM:

.....
.....

IMPRESSÕES DO EXAMINADOR

Faz leitura orofacial?	Sim ()	Não ()
Usa apoios auditivos? (inclina-se, aproxima-se, faz concha com a mão)	Sim ()	Não ()
Pede, constantemente, para repetir?	Sim ()	Não ()
Tem dificuldades para entender e para responder durante a entrevista?	Sim ()	Não ()
Tem respostas muito prontas e aparentemente ensaiadas?	Sim ()	Não ()

Suas informações podem ser consideradas
consistentes?

Sim () Não ()

Dados adicionais: _____

Assinatura do(a) examinador(a)
Número de Conselho