

DATI UTENTE

Codice Fiscale Sesso M F

Cognome Nome _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

Comune di residenza _____ Cod. Comune _____

Indirizzo di residenza _____

Domicilio sanitario (se differente da residenza) _____

Diagnosi

Valutazione per la prescrizione di protesi acustica ed ausili per ipoacusici

Prima protesizzazione Protesizzazione successiva

Esame otoscopico Au Dx _____
Au Sx _____

Caratteri audiometrici ipoacusia Bilaterale con simmetria interaurale
 Bilaterale con apprezzabile asimmetrie interaurali Più grave a Dx Più grave a Sx

Perdita media per le frequenze 500 – 1000 – 2000 Hz (*)

Orecchio migliore 40-65 dB – Ipoacusia media 70-90 dB – Ipoacusia grave 95 dB e oltre Ipoacusia profonda
Orecchio peggiore 40-65 dB – Ipoacusia media 70-90 dB – Ipoacusia grave 95 dB e oltre Ipoacusia profonda

Esami eseguiti da allegare obbligatoriamente (**)

Audiometria tonale liminare condizionata Audiometria tonale liminare non condizionata Altro _____
 Audiometria vocale Impedenziometria _____

Disturbi evidenti a carico di altri organi o apparati coinvolti nella comunicazione

Nessuno Psico-comportamentali Neurologici Malformativi Altri organi di senso

(*) Taratura audiometria secondo norme ISO ANSI. Nel caso sia stato possibile impiegare solo stimoli acustici non caratterizzati in frequenza (es. clicks), la perdita media si riferisce alla soglia ricavata con tale stimolazione, dopo adeguata conversione da dB SPL a dB HTL.

(**) L'impossibilità di esecuzione degli esami deve essere adeguatamente motivata dallo specialista.

Prestazioni

Descrizione	Codice ISO	Q.tà	Ricond.	Rinnovo
_____	____.____.____.____.____.____	____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	____.____.____.____.____.____	____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	____.____.____.____.____.____	____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	____.____.____.____.____.____	____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	____.____.____.____.____.____	____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Adattamenti / Personalizzazioni / Note: _____

Dati di rinnovo: _____

Programma terapeutico

Programma terapeutico _____

Contesto

Visita specialistica ambulatoriale Programma regionale "Comunicatori" Servizi Sanitari di Assistenza Domiciliare
 Dimissione ospedaliera con contestuale necessità e urgenza della prescrizione di ausili

L'utilizzatore del presidio/ausilio prescritto e/o coloro che lo assistono sono stati adeguatamente informati circa le caratteristiche funzionali e riabilitative di quanto prescritto.

Timbro
Medico Prescrittore

Data

Firma