

<b>Nome</b>	<b>Sobrenome</b>	<b>Número HAS</b> _____
-------------	------------------	-------------------------

<b>Data</b>	<b>O Masc. O Fem.</b>	<b>Data de nascimento</b>	<b>Idade (anos) O Não tem certeza</b>
Evento	Localidade	O Atleta O Parceiro Unificado	Esporte
Delegação	Programa SO		

**Estação 1: Exame do Canal Auditivo:**  Primeiro  Segundo Exame do Canal Auditivo após remoção de Cerume



Special Olympics

Healthy Athletes

Healthy Hearing

Nome do examinador

Direito

Claro  Parcialmente Bloqueado  Bloqueado

Acompanhamento necessário

Encaminhar para exame médico de tímpanos retraídos

Relata infecção ou alergia respiratória superior

Objeto estranho no canal auditivo

Perfuração do tímpano

Canal auditivo incomum

Atresia da orelha

Encaminhar para remoção de Cerume

Esquerdo

Claro  Parcialmente Bloqueado  Bloqueado

Acompanhamento necessário

Encaminhar para exame médico de tímpanos retraídos

Relata infecção ou alergia respiratória superior

Objeto estranho no canal auditivo

Perfuração do tímpano

Canal auditivo incomum

Atresia da orelha

Encaminhar para remoção de Cerume

**Estação 2: Exame de Emissões Otoacústicas**

Nome do examinador

Direito

Aprov.  Não Aprov.

*Se Não Aprov. Passar para Estações 3 e 4*

Não pode ser aprovado

Canal bloqueado por cerume

Ruído excessivo

Atleta recusou-se a testar

Esquerdo

Aprov.  Não Aprov.

*Se Não Aprov. Passar para Estações 3 e 4*

Não pode ser aprovado

Canal bloqueado por cerume

Ruído excessivo

Atleta recusou-se a testar

**Estação 3: Exame de Timpanometria**

Nome do examinador

Direito

Aprov.  Não Aprov.

Recomendado Exame Auditivo

Evidência de patologia do ouvido médio

Grande volume do canal auditivo

Não pode ser aprovado

Atleta recusou-se a testar

Esquerdo

Aprov.  Não Aprov.

Recomendado Exame Auditivo

Evidência de patologia do ouvido médio

Grande volume do canal auditivo

<b>Nome</b>	<b>Sobrenome</b>	<b>Número HAS</b> _____
-------------	------------------	-------------------------

- Não pode ser aprovado
- Atleta recusou-se a testar

#### Estação 4: Exame de Tom Puro com Nível de Audição de 25dB (2000Hz)

Nome do examinador

- |          |                              |                                  |   |   |
|----------|------------------------------|----------------------------------|---|---|
| Direito  | <input type="radio"/> Aprov. | <input type="radio"/> Não Aprov. | <input type="checkbox"/> Recomendada Avaliação Auditiva | <input type="radio"/> Boas condições para exame           |
|          |                              |                                  |   | <input type="radio"/> Não pôde treinar para responder     |
|          |                              |                                  |   | <input type="radio"/> Ajuste inadequado do fone de ouvido |
|          |                              |                                  |   | <input type="radio"/> Ruído excessivo                     |
| Esquerdo | <input type="radio"/> Aprov. | <input type="radio"/> Não Aprov. | <input type="checkbox"/> Recomendada Avaliação Auditiva | <input type="radio"/> Boas condições para exame           |
|          |                              |                                  |   | <input type="radio"/> Não pôde treinar para responder     |
|          |                              |                                  |   | <input type="radio"/> Ajuste inadequado do fone de ouvido |
|          |                              |                                  |   | <input type="radio"/> Ruído excessivo                     |

#### Estação 4: Exame de Tom Puro com Nível de Audição de 25dB (4000Hz)

Nome do examinador

- |          |                              |                                  |   |   |
|----------|------------------------------|----------------------------------|---|---|
| Direito  | <input type="radio"/> Aprov. | <input type="radio"/> Não Aprov. | <input type="checkbox"/> Recomendada Avaliação Auditiva | <input type="radio"/> Boas condições para exame           |
|          |                              |                                  |   | <input type="radio"/> Não pôde treinar para responder     |
|          |                              |                                  |   | <input type="radio"/> Ajuste inadequado do fone de ouvido |
|          |                              |                                  |   | <input type="radio"/> Ruído excessivo                     |
| Esquerdo | <input type="radio"/> Aprov. | <input type="radio"/> Não Aprov. | <input type="checkbox"/> Recomendada Avaliação Auditiva | <input type="radio"/> Boas condições para exame           |
|          |                              |                                  |   | <input type="radio"/> Não pôde treinar para responder     |
|          |                              |                                  |   | <input type="radio"/> Ajuste inadequado do fone de ouvido |
|          |                              |                                  |   | <input type="radio"/> Ruído excessivo                     |

#### Comentários

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Plugues de ouvido direito feitos    | <input type="checkbox"/> Necessita higiene regular do canal auditivo |
| <input type="checkbox"/> Plugues de ouvido esquerdo feitos   | <input type="checkbox"/> Necessita exame médico de condição auditiva |
| <input type="checkbox"/> Aparelho auditivo direito ajustado  | <input type="checkbox"/> Necessita exame audiológico da audição      |
| <input type="checkbox"/> Aparelho auditivo esquerdo ajustado |  |

<b>Nome</b>	<b>Sobrenome</b>	<b>Número HAS</b> _____
-------------	------------------	-------------------------

**Comentários**

**Assinatura**

Healthy

Hearing