



apresentam

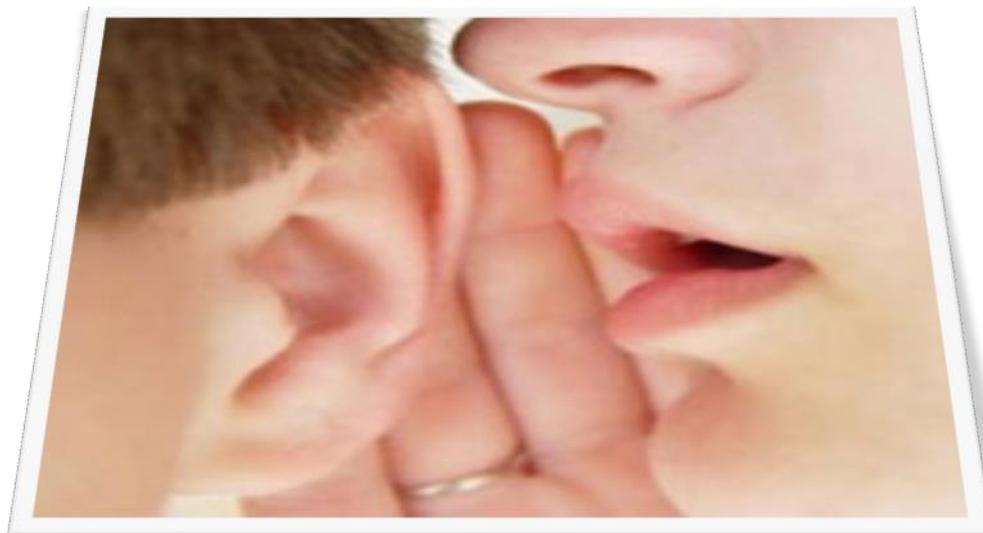
SAÚDE AUDITIVA: fluxos e encaminhamentos em Santa Catarina

SABRINA VIEIRA DA LUZ

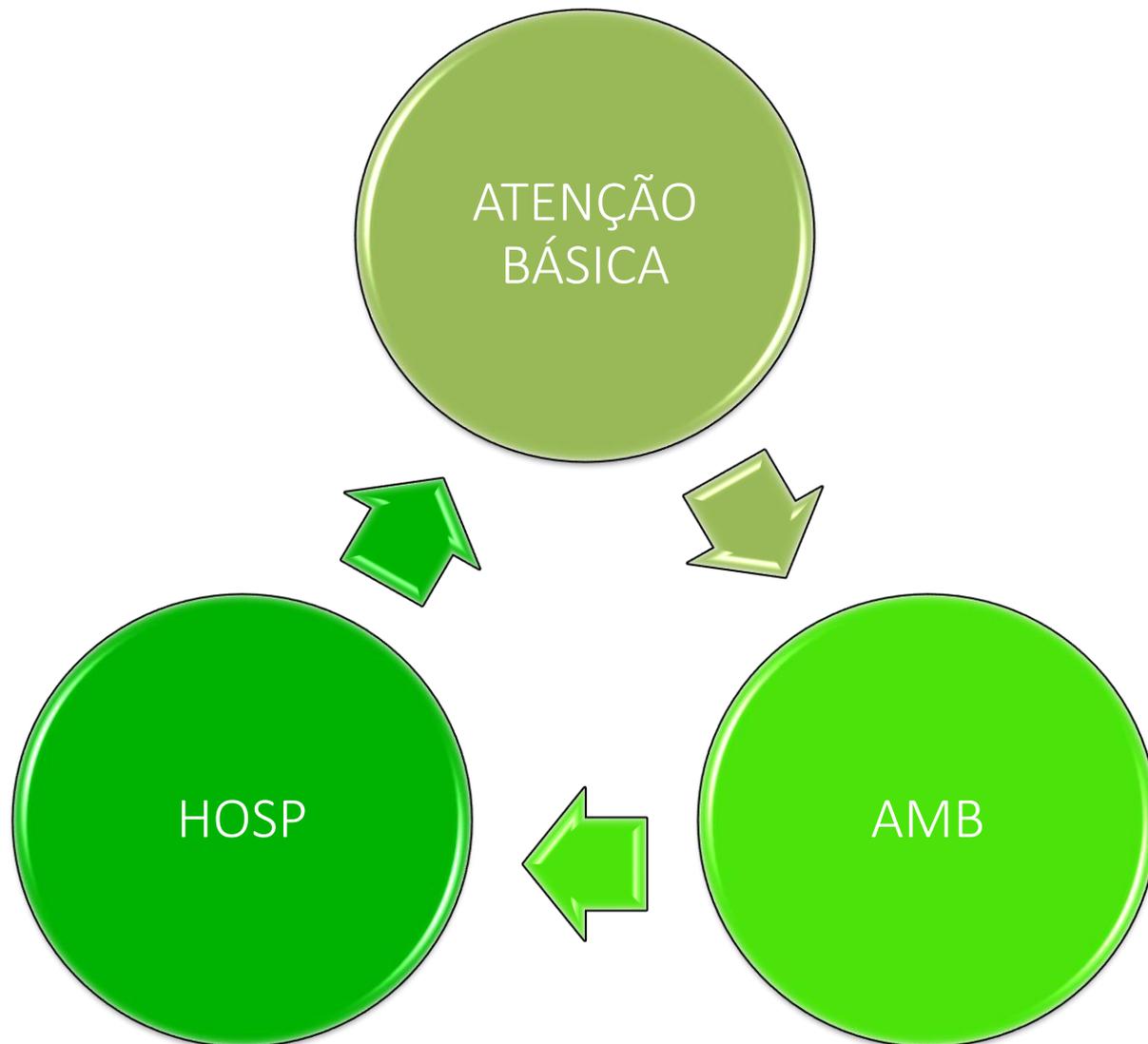
Fonoaudióloga, responsável pelo Serviço de Saúde Auditiva em SC na
Coordenação da Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD,
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação – SUR, Secretaria de
Estado da Saúde – SES

SAÚDE AUDITIVA

- ✓ TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL
- ✓ SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA - SASA
- ✓ SERVIÇO HOSPITALAR DE SAÚDE AUDITIVA - SHSA



SAÚDE AUDITIVA





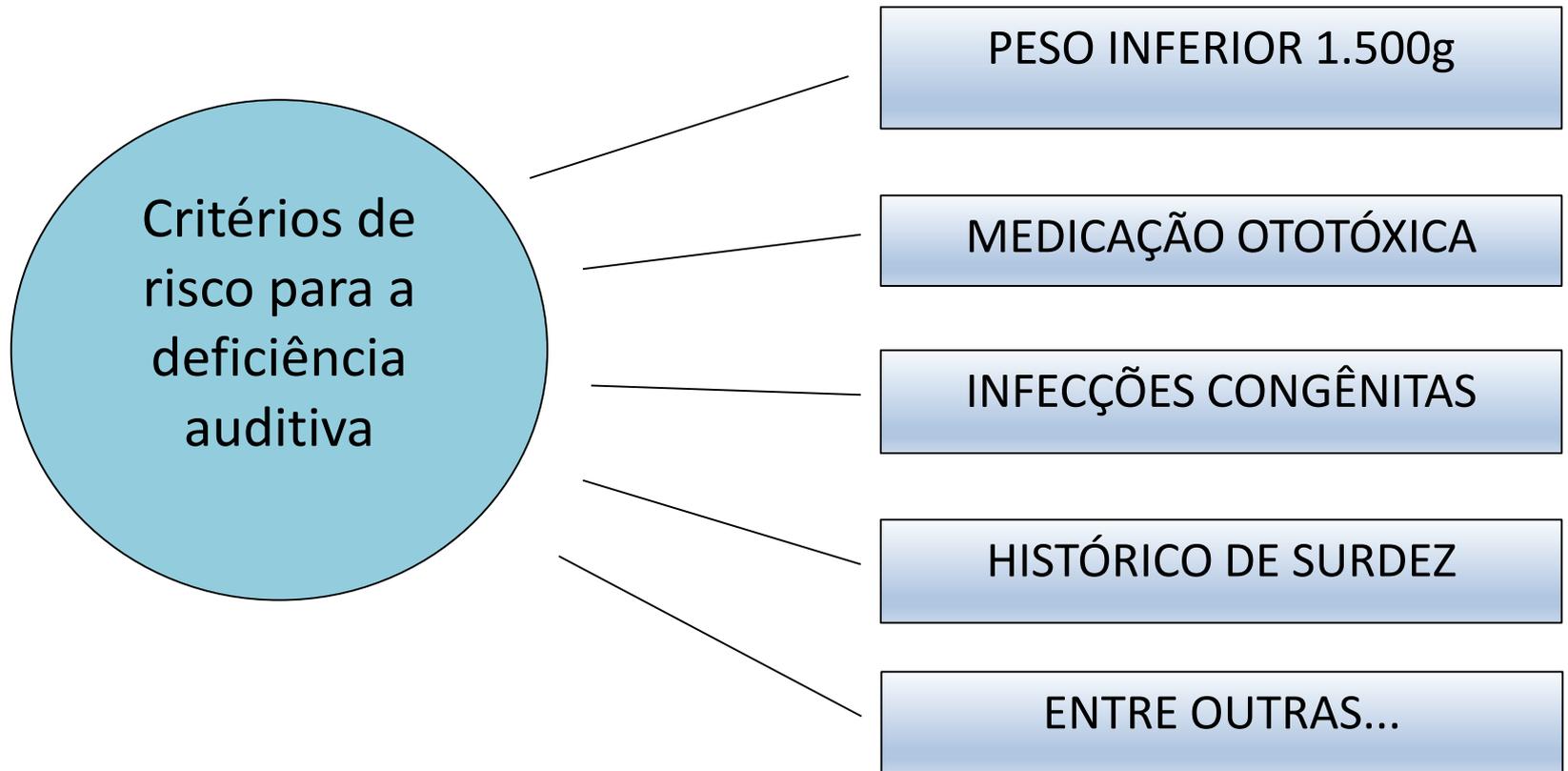
TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL



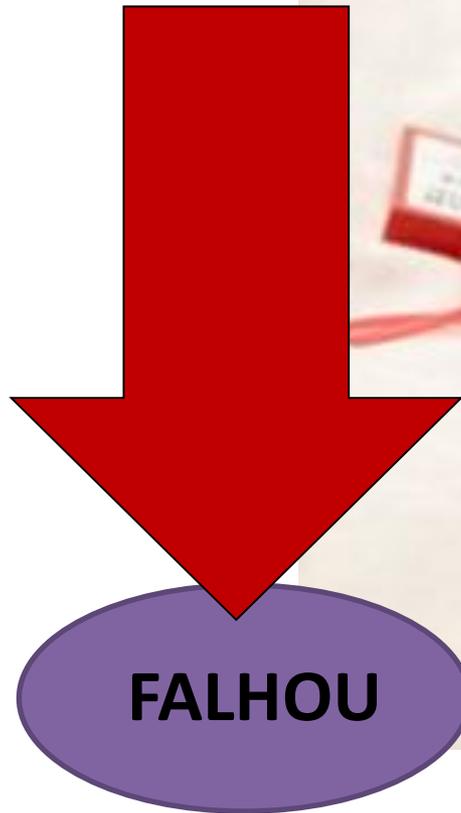
TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

- ✓ Pautado nas diretrizes do Ministério da Saúde
- ✓ Teste e reteste da orelhinha
- ✓ Preferência na maternidade
- ✓ Primeiro mês de vida
- ✓ Análise dos critérios de risco

TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL



TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL



Fonte: www.beaconaudiology.com

O QUE FAZER???

TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde – SES/SC
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD

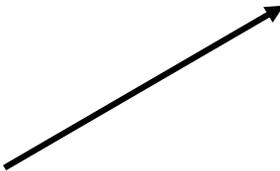
ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA

O Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva tem como objetivo a concessão de aparelho de amplificação sonora individual (AASI).

Este encaminhamento deverá ser preenchido por médico ou fonoaudiólogo para abertura do processo para o Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva na Secretaria Municipal de Saúde de referência do usuário, acompanhado dos seguintes documentos: cópia do RG, CPF, comprovante de residência, Cartão Nacional de Saúde, comprovante de matrícula p/ estudantes, último exame de audiometria, se realizado.

PREENCHER O ENCAMINHAMENTO COM OS DADOS DO EXAME DE AUDIOMETRIA OU JUSTIFICAR, caso assinalado o item 5:

1. Perda auditiva confirmada: () orelha direita () orelha esquerda			
2. Resultado da audiometria:			
	500Hz	1000Hz	2000Hz
OD			
OE			
3. Laudo/parecer audiológico:			
4. () Recém-nascido com teste de orelhinha alterado (teste/reteste)			
5. () Suspeita de deficiência auditiva após a avaliação do médico otorrinolaringologista ou fonoaudiólogo.			
JUSTIFICATIVA (descrever prejuízo social da deficiência auditiva):			
6. Informações complementares:			
() meningite		() Traumatismo crânio-encefálico	
() AVC		() aposentado	
() estudante (apresentar atestado de matrícula)			



1. Médico ou fonoaudiólogo
2. FALHA teste/reteste
3. Preenche encaminhamento
4. Assinala item 4
5. Orientação aos pais
6. Levar documentos na SMS
7. Documentos: CPF,CNS (criança), comprovante residência, RG/CPF resp.

* Ao agendar no SISREG favor informar os itens preenchidos e a justificativa.

TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

FALHA TESTE/RET
ENCAMINHAMENTO
SASA

SMS insere
no SISREG

Regulação e
agendament
o GESTOR

TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

DADOS DA SOLICITAÇÃO:

Procedimento Ambulatorial: 0211070092 - AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA ▼

Retorno: CID:

Profissional Solicitante: Selecione o Profissional Solicitante ▼

Central Executante: ▼

Unidade Executante: TODAS ▼

OK

TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

CONHEÇA EM MONITORAMENTO - INFANTE COLETA

02/11/2018 07:00:17

DESTINO DA SOLICITAÇÃO

Enviar Solicitação:

REGULAÇÃO FILA DE ESPERA

Município Regulador:

(42C15) CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL) ▼

Observacoes:

Assinatura do Médico Solicitante: CRM: Data: 22/11/2018

ITEM 4

- Outras informações descritas no encaminhamento
- Inserir como eletivo

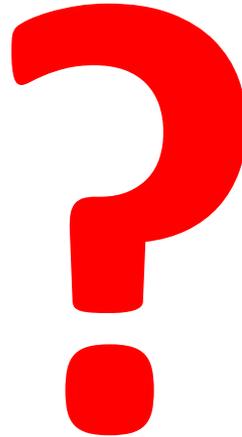
SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)



SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

PERDA AUDITIVA
CONFIRMADA
(AUDIOMETRIA)

Médico ou
Fonoaudiólogo



SUSPEITA DE
PERDA AUDITIVA

Médico ORL ou
Fonoaudiólogo

SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde – SES/SC
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD

ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA

O Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva tem como objetivo a concessão de **aparelho de amplificação sonora individual (AASI)**.

Este encaminhamento deverá ser preenchido por **médico ou fonoaudiólogo** para abertura do processo para o Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva na Secretaria Municipal de Saúde de referência do usuário, acompanhado dos seguintes documentos: cópia do RG, CPF, comprovante de residência, Cartão Nacional de Saúde, comprovante de matrícula p/ estudantes, último exame de audiometria, se realizado.

PREENCHER O ENCAMINHAMENTO COM OS DADOS DO EXAME DE AUDIOMETRIA OU JUSTIFICAR, caso assinalado o item 5:

1. Perda auditiva confirmada: () orelha direita () orelha esquerda

2. Resultado da audiometria:

	500Hz	1000Hz	2000Hz
OD			
OE			

3. Laudo/parecer audiológico:

4. () Recém-nascido com teste da orelhinha alterado (teste/reteste)

5. () Suspeita de deficiência auditiva após a avaliação do médico otorrinolaringologista ou fonoaudiólogo.

JUSTIFICATIVA (descrever prejuízo social da deficiência auditiva):

6. Informações complementares:

() meningite () Traumatismo crânio-encefálico
() AVC () aposentado
() estudante (apresentar atestado de matrícula)

* Ao agendar no SISREG favor informar os itens preenchidos e a justificativa.

DATA:

1. ASSINALAR QUAL(IS) ORELHA(S) COM PERDA AUDITIVA

2. INFORMAR OS VALORES DO EXAME DE AUDIOMETRIA

3. DESCREVER O LAUDO DA AUDIOMETRIA

ALGUMA OUTRA INFORMAÇÃO RELEVANTE?

SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

ESTADO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde – SES/SC
Superintendência de Serviços Especializados e Regulação - SUR
Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência – ATPCD

ENCAMINHAMENTO PARA SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA

O Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva tem como objetivo a concessão de **aparelho de amplificação sonora individual (AASI)**.

Este encaminhamento deverá ser preenchido por **médico ou fonoaudiólogo** para abertura do processo para o Serviço Ambulatorial de Saúde Auditiva na Secretaria Municipal de Saúde de referência do usuário, acompanhado dos seguintes documentos: cópia do RG, CPF, comprovante de residência, Cartão Nacional de Saúde, comprovante de matrícula p/ estudantes, último exame de audiometria, se realizado.

PREENCHER O ENCAMINHAMENTO COM OS DADOS DO EXAME DE AUDIOMETRIA OU JUSTIFICAR, caso assinalado o item 5:

1. Perda auditiva confirmada: () orelha direita () orelha esquerda			
2. Resultado da audiometria:			
	500Hz	1000Hz	2000Hz
OD			
OE			
3. Laudo/parecer audiológico:			
4. () Recém-nascido com teste da orelhinha alterado (teste/reteste)			
5. () Suspeita de deficiência auditiva após a avaliação do médico otorrinolaringologista ou fonoaudiólogo.			
JUSTIFICATIVA (descrever prejuízo social da deficiência auditiva):			
6. Informações complementares:			
() meningite	() Traumatismo crânio-encefálico		
() AVC	() aposentado		
() estudante (apresentar atestado de matrícula)			

* Ao agendar no SISREG favor informar os itens preenchidos e a justificativa.

5. MÉDICO ORL/FONO INDICAM QUAL O PREJUÍZO SOCIAL DA DEFICIÊNCIA AUDITIVA

6. ALGUMA OUTRA INFORMAÇÃO RELEVANTE?

SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

ENCAMINHAMENTO E
DOCUMENTOS

SMS insere
no SISREG

Regulação e
agendament
o GESTOR

SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

DADOS DA SOLICITAÇÃO:

Procedimento Ambulatorial: 0211070092 - AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA ▼

Retorno: CID:

Profissional Solicitante: Selecione o Profissional Solicitante ▼

Central Executante: ▼

Unidade Executante: TODAS ▼

OK

SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

CONHEÇA EM: OTOLOGIA/OTOLOGIA INFANTIL/COLETA

DESTINO DA SOLICITAÇÃO

Enviar Solicitação:

REGULAÇÃO FILA DE ESPERA

Município Regulador:

(42C15) CER MACRO GFPOLIS (C. ESTADUAL) ▼

Observacoes:

Assinatura do Médico Solicitante: CRM: Data: 22/11/2018

Voltar Enviar

EXEMPLO 1:

1. OD/OE
2. OD: 50,55,60 OE: 45,45,90
3. Perda auditiva neurossensorial
6. meningite

SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

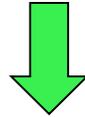
Informando os itens preenchidos e a justificativa corretamente, evita que a regulação faça a devolução do processo.

SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)



SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

AVALIAÇÃO INICIAL



AASI



RETORNO EM 30 DIAS

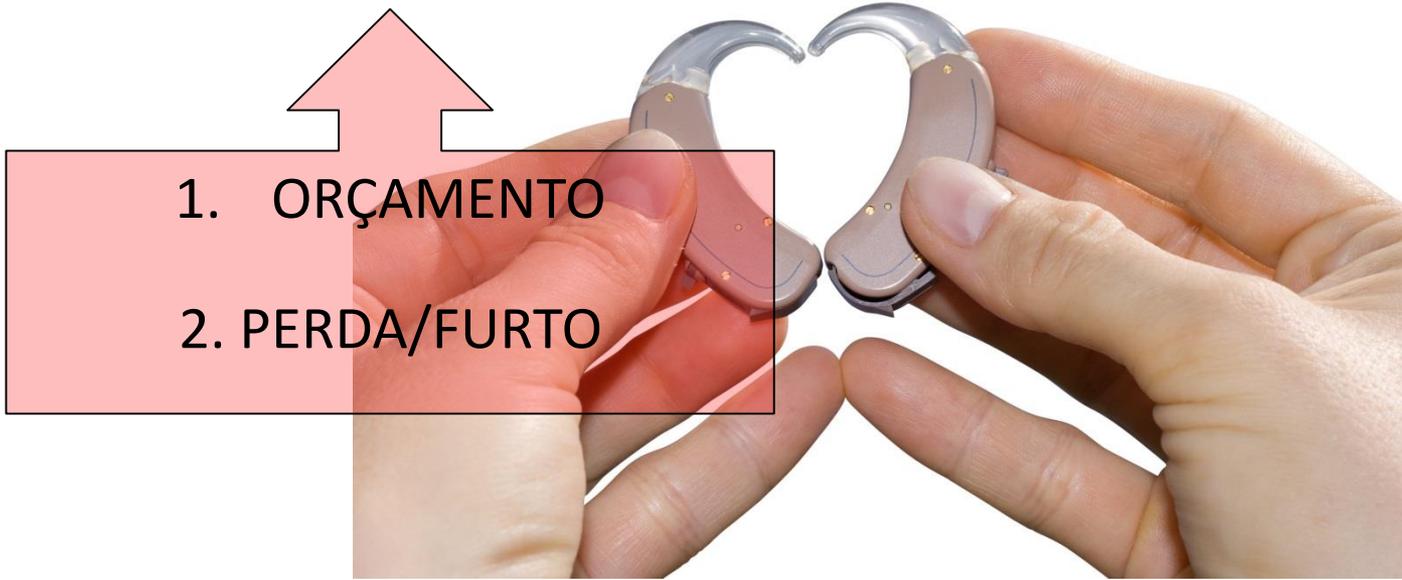


ACOMPANHAMENTO
ANUAL

PRESTADOR

SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

REPOSIÇÃO

- 
1. ORÇAMENTO
 2. PERDA/FURTO

SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

ORÇAMENTO

- FALHA TÉCNICA DO AASI
- 60% ACIMA DO AASI TIPO "A"
- RELATÓRIO ASSISTÊNCIA TÉCNICA
- MODELO E Nº SÉRIE
- VALOR

R\$315,00

SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

BOLETIM DE
OCORRÊNCIA

- PERDA/FURTO
- No. DE SÉRIE DO AASI

SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

BO
OU
ORÇAMENTO

SMS insere
no SISREG

Regulação e
agendamento
o GESTOR

SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

DADOS DA SOLICITAÇÃO:

Procedimento Ambulatorial: 0211070092 - AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA ▼

Retorno: CID:

Profissional Solicitante: Selecione o Profissional Solicitante ▼

Central Executante: ▼

Unidade Executante: TODAS ▼

OK

SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)



www.bbc.com/News/uk-england-Birmingham-34078211

SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)



IMPLANTE COCLEAR



**PRÓTESE AUDITIVA
ANCORADA NO OSSO**

SERVIÇO AMBULATORIAL DE SAÚDE AUDITIVA (SASA)

ENCAMINHAMENTO
SASA

GESTOR
ESTADUAL

Regulação e
agendamento
o GESTOR

OBRIGADA!

COORDENAÇÃO DA REDE:

JAQUELINE REGINATTO

FONE: (48) 3664-7214

EMAIL:

rededapessoacomdeficienciasc@saude.sc.gov.br

SAÚDE AUDITIVA:

SABRINA LUZ

FONE: (48) 3664-7213

EMAIL: saudeauditivasur@saude.sc.gov.br

Perguntas e respostas