



Confederação Brasileira de Desportos de Surdos

Filiada ao International Committee of Sports for the Deaf (ICSD)

Formulário de Audiometria Nacional

* Campos obrigatórios

* Nome completo: _____

* Data de nascimento: ____ / ____ / ____

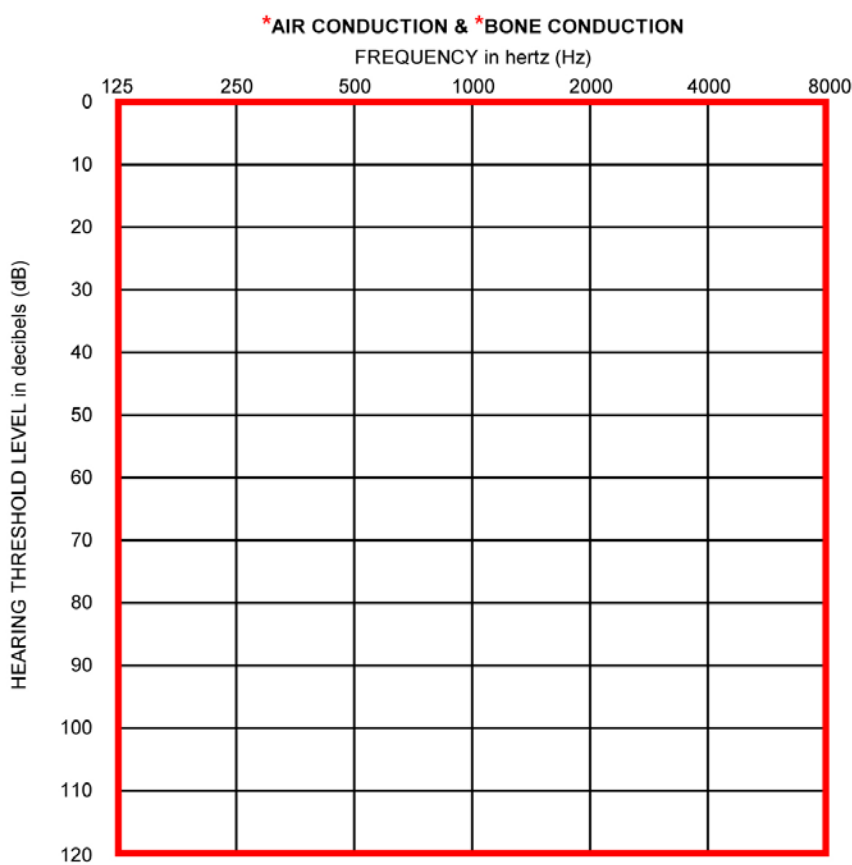
* CPF: _____

* Sexo: () Feminino () Masculino

Abaixo deve ser preenchido por um único fonoaudiólogo

* Audiômetro: _____

* Calibração: () ANSI 1969 () ISO 1964
() Outro: _____



*IMPEDANCE TYMPANOMETRY				
Ear	Canal Vol.	Peak Comp.	Gradient	Pres. Peak
RIGHT				
LEFT				

*REFLEXOMETRY					
Side Equals Probe Ear					
RIGHT	Stim	500	1000	2000	4000
	Ipsi				
	Contra				
LEFT	Stim	500	1000	2000	4000
	Ipsi				
	Contra				

*PURE TONE AVERAGE (500-1000-2000 Hz)		
Ear	Air	Bone
RIGHT		
LEFT		

KEY TO SYMBOLS				
Ear	Air	Air-masked	Bone	Bone-masked
RIGHT (red)	○	△	<	[
LEFT (blue)	×	□	>]
No Response			NR	

TYPE OF HEARING LOSS (Check one for each ear with an "X")				
Ear	Sensori-neural	Conductive	Mixed	Cochlear Implant
RIGHT				
LEFT				

* Data do Exame: ____ / ____ / ____

* Nome e carimbo do Fonoaudiólogo: _____

Comentários: _____