

Anexo 3 - ANAMNESE AUDIOLÓGICA PCA

PGS-MFS-EHS-209 Rev 01



NOME: _____ **IDADE:** _____

FUNÇÃO: _____ **SETOR:** _____

GHE: _____

DATA EXAME: _____ **TEL(CEL):** _____

TIPO DE EXAME:

Admissão () Periódico () Demissional ()

Retorno ao trabalho () Reteste () Mudança Risco ()

HISTÓRICO OCUPACIONAL:

Atualmente trabalha em ambiente ruidoso? () sim () não

Encontra-se em REPOUSO AUDITIVO igual ou superior a 14 horas? () sim () não

Usa regularmente proteção auditiva? () N/A () sim () não

Qual PROTETOR AUDITIVO utiliza? () N/A () PLUG () CONCHA

Já trabalhou em ambiente ruidoso em outras empresas? () sim () não

Se sim, preencher o quadro abaixo:

Empresa	Função	Tempo / Função

Fazia uso regularmente de proteção auditiva? () sim () não

Qual protetor utilizava? () N/A () PLUG () CONCHA

Você exerce outra atividade remunerada formal ou informal? () sim () não

Se sim, qual? _____

HISTÓRICO DE EXPOSIÇÃO EXTRA OCUPACIONAL:

Apresenta exposição a ruído fora da empresa? () sim () não

Se sim, qual? _____

Usa fone de ouvido? () sim () não

Se sim, com qual frequência? () Diária () Semanal horas/dia _____

Toca algum instrumento musical? sim não

Se sim, qual? _____

SINAIS E SINTOMAS:

Apresenta familiares com ALTERAÇÃO AUDITIVA? sim não

Se sim, quem? _____

No momento esta com dor no ouvido? sim não

Já sentiu dores no ouvido? sim não OD OE

Se sim, quando? _____

Já fez cirurgia no ouvido? sim não OD OE

Faz acompanhamento auditivo com algum especialista? sim não

Se sim, qual? _____

APRESENTA ALGUMA DAS QUEIXAS ABAIXO:

Escuta bem? sim não

Apresenta ALTERAÇÃO AUDITIVA? sim não OD OE

Coceira nos ouvidos? sim não OD OE

Perfuração timpânica? sim não OD OE

Já teve sangramento no ouvido? sim não OD OE

Apresenta tonturas? sim não

Apresenta Zumbido? sim não OD OE

Excesso de Cera? sim não

Pressão no ouvido? sim não

Dor de cabeça? sim não

Faz uso de medicação? sim não

Se sim, qual? _____

PATOLOGIAS PREGRESSAS OU EXISTENTES:

Voce já teve ou tem?	<input type="checkbox"/>	Sarampo	<input type="checkbox"/>	Diabetes
	<input type="checkbox"/>	Caxumba	<input type="checkbox"/>	Doença da Tireoide
	<input type="checkbox"/>	Catapora	<input type="checkbox"/>	Radioterapia ou quimioterapia
	<input type="checkbox"/>	Covid 19	<input type="checkbox"/>	Sinusite
	<input type="checkbox"/>	Dengue	<input type="checkbox"/>	Rinite
	<input type="checkbox"/>	Doença Renal	<input type="checkbox"/>	

Assinatura