

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 especiliasta? () 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?	()	Sarampo	()	Diabetes
	()	Caxumba	()	Doença da Tireoide
	()	Catapora	()	Radioterapia ou quimioterapia
	()	Covid 19	()	Sinusite
	()	Dengue	()	Rinite
	()	Doença Renal	()	

Assinatura