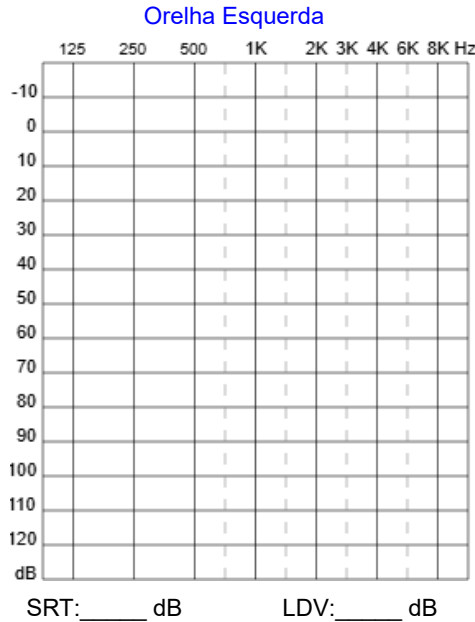
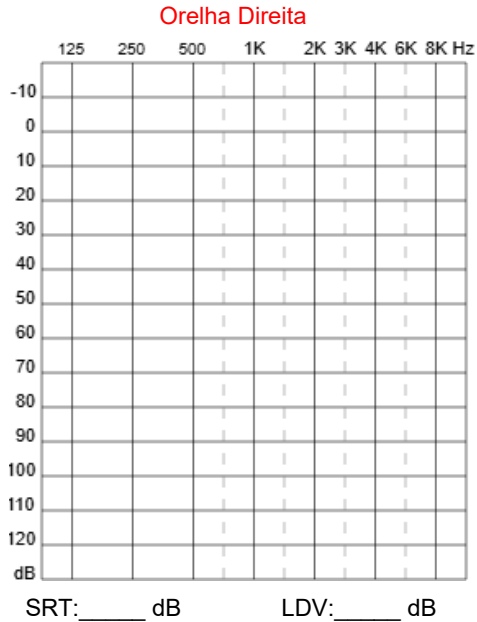


Exame Audiométrico

Nome: _____ CPF: _____
Idade: _____ Sexo: _____ Data de Nascimento: ____/____/____
Profissão: _____ Estado Civil: _____
Empresa: _____ Data do Exame: ____/____/____
Audiômetro: _____ Data de Calibração: ____/____/____
Motivo da Consulta: _____ Repouso Acústico: _____

Avaliação Audiológica



ASHA (1990)	Normal		Ausente	
	OD	OE	OD	OE
Via Aérea s/ masc.	O X		Ø X	
Via Aérea c/ masc.	Δ □		Δ □	
Via Óssea s/ masc.	< >		↗ ↘	
Via Óssea c/ masc.	[]		↓ ↓	

I.P.R.F.

OD	dB	%Monossílabos
		%Dissílabos
OE	dB	%Monossílabos
		%Dissílabos

Mascaramento

OD	VA:	dB	VO:	dB	Logo:	dB
OE	VA:	dB	VO:	dB	Logo:	dB

Weber Audiométrico

	500 Hz	1 KHz	2 KHz	3 KHz	4 KHz
OD					
OE					

Tone Decay

	500 Hz	1 KHz	2 KHz	4 KHz
OD				
OE				

Parecer Audiológico:

Tipo de Perda Silman e Silverman (1997): _____

Grau de Perda OMS (2021): _____

Configuração Audiométrica Silman e Silverman (1997): _____