

## Rhode Island - Triagem com Intervenção Precoce par Perda Auditiva ou Alteração do Nível de Audição



Nome da criança                      Data de nascimento                      Idade                      Identidade                      Data                      /                      /

Coluna 1			Coluna 2			
Sim	Não		Sim	Não	Não se aplica ou Não tenho certeza	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você tem alguma preocupação sobre como seu(sua) filho(a) ouve?			Aproximadamente, quantas palavras faladas ou gestos seu(sua) filho(a) utiliza de forma consistente? palavras                      gestos Compare esta informação com os marcos de desenvolvimento esperados para uma criança da mesma idade. Qualquer criança com palavras ou gestos equivalentes aos de uma criança mais nova deve ser encaminhado para uma avaliação auditiva.	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Você tem alguma preocupação sobre o desenvolvimento da linguagem de seu(sua) filho(a)?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguém já expressou alguma preocupação sobre como seu(sua) filho(a) ouve? Se sim, quem?				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Alguém já expressou alguma preocupação sobre o desenvolvimento da linguagem de seu(sua) filho(a)? Se sim, quem?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seu(sua) filho(a) passou na triagem auditiva neonatal?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seu(sua) filho(a) já teve otite média ou fluido no ouvido por mais de 3 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aos 2 meses, seu(sua) filho(a) faz ou fazia sons como murmurar ou gorgolejar e virava sua cabeça na direção de sons?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seu(sua) filho(a) tem alguma condição médica associada à perda auditiva? (veja lista com exemplos no verso)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aos 4 meses, seu(sua) filho(a) balbucia ou balbuciava de forma expressiva e imita ou imitava sons ouvidos?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seu(sua) filho(a) já teve meningite?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aos 6 meses, seu(sua) filho(a) responde ao ser chamado pelo próprio nome?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seu(sua) filho(a) já sofreu trauma na cabeça ou exposição excessiva a barulho?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aos 9 meses, seu(sua) filho(a) se vira ou se virava na direção de vozes ou sons conhecidos ao seu redor?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seu(sua) filho(a) já teve alguma doença grave necessitando de internação hospitalar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aos 12 meses, seu(sua) filho(a) fala ou falava palavras simples como ma-ma ou pa-pa?
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Seu(sua) filho(a) possui alguma anomalia craniofacial, como fenda palatina, que não foi identificada ao nascer?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aos 18 meses, seu(sua) filho(a) responde ou respondia perguntas simples? "Venha aqui", "Cade seu sapato?"
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aos 18 meses, seu(sua) filho(a) fala ou falava pelo menos 10 palavras simples, como "cachorro", "leite", "biscoito"?
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aos 24 meses, seu(sua) filho(a) utiliza ou utilizava frases de duas ou três palavras para falar ou pedir algo?
<p><b>Se você respondeu "sim" a qualquer pergunta da Coluna 1 e/ou "não" a qualquer pergunta da Coluna 2, recomenda-se que você agende um teste auditivo abrangente para seu(sua) filho(a), feito por um fonoaudiólogo pediátrico licenciado. Os testes garantirão que seu(sua) filho(a) esteja ouvindo todos os sons esperados. Uma cópia desta triagem auditiva deve ser entregue ao fonoaudiólogo.</b></p>						



Nome da criança                      Data de nascimento                      Idade                      Identidade                      Data   /   /

**Com base nos resultados desta avaliação:**

- Recomendamos que seu(sua) filho(a) receba uma avaliação auditiva abrangente com um audiologista pediátrico (insira o FER na página Resumo da Avaliação)**
- Os pais/responsáveis receberam o **Guia para a Avaliação Auditiva de Seu(sua) filho(a) em RI, que inclui uma lista de audiologistas pediátricos**
- Fomos informados que seu(sua) filho(a) está sendo acompanhado(a) por um fonoaudiólogo (insira o FER na página Resumo da Avaliação)**  
Nome do fonoaudiólogo: Dr.  
A próxima consulta agendada da criança será em
- Nenhuma preocupação foi identificada até o momento. Seu(sua) filho(a) continuará com as triagens periódicas padrão por seu pediatra e a EI revisitará essa triagem durante ou antes da revisão anual do IFSP (insira WNL na página Resumo da Avaliação)**

*Pais/Responsáveis: Se relevante, lembre-se de dar o seu consentimento para que a Intervenção Precoce obtenha uma cópia do laudo audiológico de seu(sua) filho(a).*

**Você não tem certeza se seu(sua) filho(a) passou na triagem auditiva neonatal?**

Se o seu(sua) filho(a) nasceu em RI, os resultados podem ser obtidos no Programa de Avaliação Auditiva de RI (telefone 401-277-3700, fax 401-921-6937). Você pode ligar diretamente ou seu provedor de EI pode ajudá-lo. Se você quiser que seu provedor de EI obtenha essas informações em seu nome, você será solicitado a assinar o consentimento antes que o requerimento possa ocorrer. Se a criança nasceu fora do estado e você não sabe se seu(sua) filho(a) foi testado ou quais foram os resultados, você pode consultar [www.infantheating.org](http://www.infantheating.org) para obter informações de contato para o estado em questão.

**Seu(sua) filho(a) tem alguma condição médica associada à perda auditiva?**

Existem mais de 300 síndromes associadas à perda auditiva. Esta é uma lista das mais comuns. Todas as crianças com esses diagnósticos devem ser acompanhadas de perto por um fonoaudiólogo pediátrico.

- |                               |                            |                                   |
|-------------------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| ï Acondroplasia               | ï Síndrome Alcoólica Fetal | ï Síndrome de Stickler            |
| ï Síndrome de Alport          | ï Síndrome de Goldenhar    | ï Síndrome de Treacher Collins    |
| ï Síndrome de Apert           | ï Síndrome de Hunter       | ï Trissomia 13 ou 18              |
| ï Síndrome branquio-otorrenal | ï Condições mitocondriais  | ï Trissomia 21 (Síndrome de Down) |
| ï Charcot-Marie-Tooth (CMT)   | ï Neurofibromatose         | ï Síndrome de Turner              |

## Rhode Island - Triagem com Intervenção Precoce par Perda Auditiva ou Alteração do Nível de Audição



- ï Síndrome CHARGE
- ï Síndrome de Pendred
- ï Síndrome de Usher
- ï Síndrome de Crouzon ou  
Cornelia de Lange
- ï Displasia Óculo-Aurículo-  
Vertebral
- ï Síndrome de Waardenburg