

Implante Coclear

1– Protocolo de Acesso

- Crianças com idade até 4 anos com deficiência auditiva pré-lingual;
- Usuários com deficiência auditiva pós-lingual de qualquer idade.

Crítérios decisivos para avaliação de Implante Coclear

- Perda auditiva neurossensorial severa ou profunda bilateral;
- Resultado igual ou menor a 50% de reconhecimento de sentenças em formato aberto com uso de AASI em ambas as orelhas (quando pertinente);
- Código linguístico estabelecido e adequadamente reabilitado pelo método oral.

2 - Fluxo

A Atenção Básica é a porta de entrada para a detecção dos transtornos auditivos, por meio de avaliação, médica e fonoaudiológica, voltadas para a história das condições potencialmente causadoras de comprometimento da audição. É responsável pelo exame clínico, como também pela avaliação da comunicação e pelas respostas comportamentais aos estímulos sonoros.

No caso de suspeita de perda da audição, a unidade deve encaminhar o paciente para uma avaliação e/ou triagem auditiva que poderá ser realizada no próprio município de residência ou em alguma referência pactuada.

Após a triagem/avaliação o paciente será encaminhado para o Centro Especializado em Reabilitação (CER) que possua a modalidade auditiva ou a Serviço de Saúde Auditiva de Média e Alta Complexidade de sua referência, conforme (deliberação CIB-RJ Nº 5.632 de 06 de dezembro de 2018) que definirá se o paciente possui indicação para prótese auditiva ou cirurgia de implante coclear.

Em caso de indicação para avaliação da cirurgia de implante coclear, o serviço especializado deverá preencher as informações de acordo com o Formulário de Cadastro

(anexo) bem como fornecer ao paciente os exames realizados no serviço e manter uma cópia no prontuário. O serviço especializado também entregará ao paciente uma contra referência para a unidade solicitante, informando o resultado da avaliação e indicação.

A solicitação do implante coclear deverá ser realizada no município de residência do paciente, no Sistema Estadual de Regulação - SER, onde a ficha de cadastro e os resultados dos exames deverão ser anexados ao sistema.

Após a inserção no SER, a continuidade e o agendamento ocorrerão de acordo com o protocolo da regulação.

ANEXO

CADASTRO – AVALIAÇÃO DE IMPLANTE COCLEAR - HUCFF/RJ

1. IDENTIFICAÇÃO

Paciente:
Sexo:
CPF:
Data do nascimento:
Cartão Nacional de Saúde (CNS):
Endereço:
CEP:
Cidade:
Telefone:
Responsável pelo Paciente:
Responsável pelo encaminhamento:

2. HISTÓRIA

Qual a causa da surdez?
Quantos anos tinha quando ficou surdo?
Surdez progressiva (foi piorando com o passar do tempo) ou foi de repente?
Existe outra doença associada à perda de audição? Qual?

3. REABILITAÇÃO

Já utilizou ou utiliza prótese auditiva?
Em caso afirmativo, data da protetização e em qual orelha?
Qual o resultado com a prótese auditiva?
Realiza tratamento fonoaudiológico?
Em caso afirmativo, há quanto tempo e quantas vezes por semana realiza tratamento fonoaudiológico?
Qual o nome do fonoaudiólogo e/ou Instituição onde é atendido?
Qual tipo de linguagem é utilizada pelo paciente? LIBRAS/ Oral/ Gestual?

4. EXAMES REALIZADOS

Quais os exames audiológicos já realizados e resultados: (anexar exames)
() Audiometria
() PEATE (Bera)
() Emissão Otoacústica
() Outros