



DIP - SSIJ
Unité Vue et Ouïe
Rue des Glacis-de-Rive 11
1207 Genève
Tel.: +41 (0)22 546 41 00

Aos pais de

Genebra, a

Escola:
Grau:

Cara Senhora, caro Senhor,

O exame de rastreio auditivo efetuado no âmbito escolar a xx/xx/xxxx sugere que o(a) seu(sua) filho(a) não ouve bem determinados sons do ouvido:

- ☐ **direito**
- ☐ **esquerdo**
- ☐ **dos dois lados**

Recomenda-se a realização de um controlo da audição por parte de um especialista.

Caso ainda não tenha escolhido um médico ORL, segue-se um *link* que lhe permite encontrar um em Genebra: <https://www.amge.ch/medecins/annuaire-des-medecins/>.

Pedimos que aceite, cara Senhora, caro Senhor, os nossos melhores cumprimentos.

Dra. CAO VAN Hélène
Médica responsável de audiologia

CAFALLI, Myriam
Técnico(a) de audiologia e oftalmologia

Informação para o médico ORL: pedimos que nos devolva este formulário e que envie uma cópia para os pais, ao cuidado do **médico de clínica geral**.

Criança: Apelido, Nome próprio (data de nascimento)

Data do exame:

> Otoscopia:

> Perda de audição: sim ☐ não ☐

> Surdez:

	Ligeira	Média	Grave	Profunda	Transmissão	Perceção	Mista	Em análise
OD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
OE	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Continuação do tratamento:

Data:

Carimbo / Assinatura

** É favor colocar uma cruz no quadrado correspondente ao diagnóstico efetuado ou ao conselho dado*