

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
- HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
- SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
- USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
- HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
- HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
- HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
- SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
- FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
- SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
- HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
- HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
- COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
- HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
- SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
- USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
- HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
- HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
- HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
- SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
- FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
- SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
- HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
- HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
- COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
- HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
- SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
- USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
- HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO

- HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
- HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
- SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
- FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
- SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
- HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
- HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
- COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHE: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
- HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
- SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
- USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
- HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
- HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
- HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
- SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
- FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
- SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
- HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
- HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
- COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
- HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
- SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
- USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
- HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
- HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
- HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
- SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
- FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
- SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
- HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
- HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
- COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
- HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
- SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
- USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
- HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
- HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
- HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
- SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
- FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
- SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
- HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
- HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
- COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
- HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
- SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
- USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
- HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
- HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
- HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
- SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
- FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
- SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
- HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
- HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
- COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHE: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO

 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHE: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
- HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
- SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
- USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
- HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
- HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
- HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
- SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
- FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
- SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
- HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
- HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
- COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
- HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
- SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
- USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
- HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
- HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
- HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
- SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
- FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
- SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
- HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
- HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
- COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
- HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
- SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHE: _____
- USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
- HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
- HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
- HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
- SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
- FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
- SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
- HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
- HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
- COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

• DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____

• LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:

LENTAMENTE

BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
- HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
- SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
- USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
- HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
- HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
- HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
- SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
- FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
- SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
- HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
- HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
- COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
- HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
- SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHE: _____
- USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
- HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
- HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
- HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
- SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
- FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
- SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
- HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
- HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
- COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
- HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
- SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHE: _____
- USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
- HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
- HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
- HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
- SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
- FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
- SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
- HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
- HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
- COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHE: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO

 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

• DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____

• LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:

LENTAMENTE

BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHE: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO

 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
- HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
- SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
- USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
- HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
- HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
- HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
- SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
- FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
- SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
- HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
- HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
- COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHE: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO

“SCREENING AUDIOLOGICO 2020”

NOME..... COGNOME.....MATR.....

ETA'.....SESSO F M PROFESSIONE.....

-
- E' STATO ESPOSTO A RUMORE? _____
 - HA LAVORATO IN AMBIENTE RUMOROSO? _____
 - SVOLGE UN'ATTIVITA' EXTRALAVORATIVA CHE ESPONE AL RUMORE? ARMI DA FUOCO (SERVIZIO MILITARE, CACCIA, SPORT) / SPORT MOTORISTICI RUMOROSI / SUONA LA BATTERIA / FREQUENTA DISCOTECHES: _____
 - USA PROTETTORI AURICOLARI? DPI TAPPI/CUFFIE _____
 - HA USATO IN FORTI DOSI FARMACI/SOSTANZE OTOTOSSICHE? STREPTOMICINA /CHININO / ANTIBIOTICI AMINOGLICOSIDICI / INDOMETACINA /DIURETICI / ACIDO ACETILSALICILICO _____
 - HA SUBITO TRAUMI CRANICI? _____
 - HA SUBITO TRAUMI ACUSTICI? _____
 - SOFFRE DI IPERTENSIONE? _____ DIABETE? _____
 - FUMA? _____ N° SIGARETTE/DIE _____ ASSUME ALCOOL ETILICO? _____
 - SOFFRE DI ACUFENI? _____ VERTIGINI? _____ IPERACUSIA? _____
 - HA SUBITO INTERVENTI ORL? _____
 - HA SOFFERTO DI FREQUENTI OTITI? _____
 - COME GIUDICA LA SUA CAPACITA' UDITIVA?

NORMALE RIDOTTA MOLTO RIDOTTA

CHE COMPORTA UNA RIDOTTA QUALITA' DI VITA SI NO

POLIAMBULATORIO

- DA QUANTI ANNI HA DIFFICOLTA' UDITIVE? _____
- LA PERDITA UDITIVA COME E' INSORTA?:
 - LENTAMENTE
 - BRUSCAMENTE

IN QUALI SITUAZIONI HA DIFFICOLTA' DI ASCOLTO? NEL TRAFFICO STRADALE / AL LAVORO / IN FAMIGLIA /
DURANTE LO SPORT / NELL'ASCOLTO DELLA TV / AL CELLULARE / A TEATRO / AL RISTORANTE /
NELL'ASCOLTO A DISTANZA / PARLANDO CON INTERLOCUTORI MULTIPLI / NEL LOCALIZZARE LA FONTE
SONORA / A BASSE INTENSITA' / CON AFFATICAMENTO UDITIVO

OTOSCOPIA:

ESAME AUDIOMETRICO TONALE IN AMBIENTE SILENZIOSO