

FORMULÁRIO DE PREENCHIMENTO DE DUT  
DIRETRIZ DE UTILIZAÇÃO DA ANS



Data do recebimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**BENEFICIÁRIO**

Nome:

Cartão:

Telefone:

**PRESTADOR**

Nome:

Telefone:

**PROCEDIMENTO**

**IMPLANTE COCLEAR– DUT 33**

**INDICAÇÃO CLÍNICA**

**Diagnóstico:**

CID: \_\_\_\_\_

Tipo de perda auditiva: ( ) Neurossensorial ( ) Outra: \_\_\_\_\_

Grau da perda auditiva: ( ) Severo ( ) Profundo

Lateralidade: ( ) Unilateral ( ) Bilateral

**Histórico de Uso de AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual):**

Tempo de uso: \_\_\_\_\_ meses

Resultados com AASI:

- Limiar em campo livre com AASI: \_\_\_\_\_ dBNA

- Frequências avaliadas: ( ) 500Hz ( ) 1kHz ( ) 2kHz ( ) 4kHz

**Critérios Específicos (marcar os que se aplicam):**

**1. Crianças até 4 anos:**

( ) Uso de AASI por no mínimo 3 meses

( ) Idade mínima de 6 meses (perda profunda) ou 18 meses (perda severa)

( ) Limiar com AASI pior que 50 dBNA

( ) Adequação psicológica e motivação familiar

**2. Crianças de 4 a 7 anos:**

( ) Reconhecimento de sentenças  $\leq$  50% com AASI

( ) Indicadores favoráveis para linguagem oral

( ) Adequação psicológica e motivação familiar

### 3. Crianças de 7 a 12 anos:

Reconhecimento de sentenças  $\leq 50\%$  com percepção de fala  $\neq 0$

Linguagem oral em desenvolvimento

Uso contínuo de AASI desde no mínimo 2 anos de idade

### 4. Adolescentes, adultos e idosos:

Perda auditiva neurosensorial pré-lingual severa/profunda bilateral

Reabilitação oral prévia (exceto cegueira associada)

Ausência de contraindicações clínicas

### Contraindicações (marcar se presente):

Surdez pré-lingual sem reabilitação oral (exceto cegueira associada)

Agenesia coclear ou do nervo coclear bilateral

Outras contraindicações clínicas: \_\_\_\_\_

## DOCUMENTAÇÃO (OBRIGATÓRIA)

### 1. Relatório Médico Detalhado

2. Indicação clínica do implante coclear.

3. Histórico da perda auditiva (tipo, grau e tempo de evolução).

4. Tratamentos anteriores (uso de aparelhos auditivos, terapias, etc.).

5. Justificativa técnica para o implante.

### 6. Exames Audiológicos

7. Audiometria tonal e vocal.

8. Imitanciometria.

9. BERA (Potencial Evocado Auditivo de Tronco Encefálico).

10. Otoemissões acústicas.

11. Teste de percepção de fala (quando aplicável).

### 12. Exames de Imagem

13. Tomografia computadorizada de ossos temporais.

14. Ressonância magnética da orelha interna e nervo coclear.

### 15. Avaliação Multidisciplinar

16. Relatórios de fonoaudiólogo, psicólogo e/ou neurologista (quando necessário).

17. Avaliação da capacidade de reabilitação auditiva.

**Declaração do Médico**

Declaro que o(a) paciente acima atende aos critérios estabelecidos na DUT 33 da ANS para cobertura do procedimento de IMPLANTE COCLEAR.

Assinatura/carimbo: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_