

Modulo d'ordine per la prima e la successiva perizia degli apparecchi acustici

Infortunio numero:

Data dell'infortunio:

Impresa

Nome

Via, NPA località

Informazioni sulla persona assicurata

Nome / Cognome

N. AS

Via

Data di nascita / Sesso

NPA località

Telefono

Informazioni su tipo e causa dell'ipoacusia (diagnosi ed eziologia)

Diagnosi (riferire, se presenti, diverse cause parziali, comprese informazioni su ciascun lato)

Annotazioni relative a causalità, malattie associate rilevanti, particolarità

Se l'assicurato o il medico specialista sono dell'avviso che il danno potrebbe riguardare l'assicurazione militare si prega di motivare

Tipo e momento dell'evento

Tipo e gravità della malattia

Informazioni sulla prescrizione *)

Prima fornitura

Fornitura successiva

regolare

anticipata

Motivazione della successiva fornitura anticipata

Data dell'ultima fornitura

Assunzione dei costi dell'ultima fornitura

Aumento binaurale totale - Perdita uditiva assoluta >10%

Altri motivi

Monoaurale

Binaurale

Adattamento standard

Adattamento complesso

Adattamento CROS

Adattamento Bi-CROS

Modifica di otoplastica/conchiglia

Solo generatore di rumore per acufeni

Impianti FM / ALDs

Lettura labiale e allenamento uditivo

*) Il fornitore contrattuale (acustico) inizia l'adattamento comparativo degli apparecchi acustici solo dopo essere entrati in possesso del benessere non formale dell'assicurato

Medico specialista

Nome

GLN, RCC

Via

Telefono

NPA località

Mail

Data

Firma _____

superflua in caso di invio elettronico

Invio elettronico

Il pulsante «Invia» permette l'invio elettronico dei dati alla Suva.

Modulo d'ordine per la prima e la successiva perizia degli apparecchi acustici

1. Informazioni sull'entità dell'ipoacusia (cfr. Guida ORL alla prescrizione per apparecchi, capitolo 5.1.)		
	Destro	Sinistro
1.1 Perdita uditiva tonale (CPT-AMA)	%	%
1.2 Perdita uditiva vocale (indice sociale, Fournier)	%	%
1.3 Perdita uditiva binaurale totale	%	
1.4 La perdita uditiva totale non può essere calcolata, perdita uditiva stimata	%	
Note		
2. Informazioni sull'adempimento dei presupposti del diritto (spuntare ciò che interessa)		
2.1 Perdita uditiva binaurale totale secondo il capitolo 5 della Guida, almeno 15%	Sì <input type="checkbox"/>	
2.2 In caso di ipoacusia monolaterale: perdita uditiva monoaurale secondo CPT-AMA >25%	Sì <input type="checkbox"/>	
2.3 In caso di adattamento monoaurale, informazioni sul lato se necessario	Destro <input type="checkbox"/>	Sinistro <input type="checkbox"/>
2.4 È indicato l'adattamento binaurale secondo il capitolo 5.2 della Guida	No <input type="checkbox"/>	Sì <input type="checkbox"/>
- Differenza di perdita uditiva tra destra e sinistra <30% secondo CPT-AMA	Sì <input type="checkbox"/>	
- Differenza di perdita di discriminazione tra destra e sinistra <50% in ambiente silenzioso	Sì <input type="checkbox"/>	
- Differenza per il 50% di comprensione del parlato tra destra e sinistra <50 dB SPL	Sì <input type="checkbox"/>	
- Assenza di controindicazioni per l'adattamento di apparecchi acustici binaurali	Sì <input type="checkbox"/>	
2.5 Motivazione per un'eccezionale indicazione all'utilizzo di un apparecchio acustico binaurale		
3. Informazioni per l'adattamento degli apparecchi acustici (cfr. Guida al capitolo 6.1.)		
È necessario l'adattamento complesso a causa della/e seguente/i condizione/i		
3.1 Ipoacusia bilaterale >75% per ciascun orecchio secondo CPT	Sì <input type="checkbox"/>	
3.2 Comprensione del parlato all'orecchio con la migliore discriminazione <50% a 70 dB SPL	Sì <input type="checkbox"/>	
3.3 Curva a campana con massima discriminazione della voce <65 dB SPL	Sì <input type="checkbox"/>	
3.4 Riduzione parziale dei toni alti - Perdita uditiva a 500 Hz al massimo 20 dB e	Sì <input type="checkbox"/>	
- perdita uditiva a 2'000 Hz almeno 30 dB e	Sì <input type="checkbox"/>	
- aumento di perdita uditiva da 1 a 2 o da 2 a 4 kHz/min. 30 dB	Sì <input type="checkbox"/>	
3.5 Deficit visivo	Sì <input type="checkbox"/>	
- Visus con correzione <0.33 o	Sì <input type="checkbox"/>	
- necessità di ingrandimento >1.25 o	Sì <input type="checkbox"/>	
- campo visivo orizzontale <25°	Sì <input type="checkbox"/>	
3.6 Cavità da intervento chirurgico radicale, difetto/cicatrici da esiti post-traumatici	Sì <input type="checkbox"/>	
3.7 Deficit motori e/o mentali	Sì <input type="checkbox"/>	
3.8 Marcate limitazioni cognitive (p.es. sindrome organica post-traumatica)	Sì <input type="checkbox"/>	
3.9 Requisiti professionali particolari (per i criteri necessari cfr. Guida, pagina 9)	Sì <input type="checkbox"/>	
Motivazione		
3.10 Indicato apparecchio combinato con componente generatrice di rumore	Sì <input type="checkbox"/>	
Motivazione		

Modulo d'ordine per la prima e la successiva perizia degli apparecchi acustici

4. Motivazione all'indicazione di una forma speciale di adattamento dell'apparecchio acustico (cfr. Guida, capitolo 6.2.1.)

4.1 Modifica dell'otoplastica o della conchiglia, adattamento di apparecchio CROS o Bi-CROS

Motivazione

4.2 Solo generatore di rumore per acufeni (cfr. Guida, capitolo 6.2.3.)

Destro

Sinistro

Motivazione

5. Motivazione alle misure complementari (cfr. Guida, capitolo 6.3.)

5.1 Allenamento uditivo e alla lettura labiale, impianti FM o altri ausili tecnici (ALDs)

Descrizione e
motivazione

6. Ulteriori informazioni o annotazioni

Allegati: - audiometria tonale e vocale
- ulteriori documenti per l'apprezzamento