

### SATISFAÇÃO COM A AMPLIFICAÇÃO NO DIA-A-DIA

NOME \_\_\_\_\_ DATA DE NASCIMENTO \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ DATA DE HOJE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### INSTRUÇÕES

*Abaixo é-lhe pedida a sua opinião acerca dos seus aparelhos auditivos. Para cada questão, faça um círculo à volta da letra com a resposta mais adequada ao seu caso. A lista de palavras à direita descreve o significado de cada letra.*

*As suas respostas devem corresponder à sua opinião geral acerca do aparelho que está a usar agora ou usou recentemente.*

- A Nada**
- B Pouco**
- C Ligeiramente**
- D Moderadamente**
- E Consideravelmente**
- F Muito**
- G MUITÍSSIMO**

1. Os aparelhos auditivos ajudam-no a entender melhor as pessoas com quem fala frequentemente, em comparação com não os usar? A B C D E F G
2. Fica frustrado quando os seus aparelhos captam sons que o impedem de ouvir o que deseja ouvir? A B C D E F G
3. Sente que ter obtido os seus aparelhos foi algo que o beneficiou? A B C D E F G
4. Acha que as pessoas reparam mais na sua perda auditiva quando usa os aparelhos? A B C D E F G
5. O uso dos aparelhos reduz o número de vezes que pede às pessoas para repetir o que disseram? A B C D E F G
6. Acha que vale a pena usar os aparelhos auditivos? A B C D E F G
7. Fica incomodado se para ter um som suficientemente alto o aparelho possa apitar (*feedback*)? A B C D E F G
8. Gosta do aspeto dos seus aparelhos? A B C D E F G
9. Os aparelhos aumentam a sua autoconfiança? A B C D E F G
10. O som dos seus aparelhos aproxima-se do natural? A B C D E F G
11. Os seus aparelhos são úteis com A MAIORIA dos telefones SEM amplificador ou altifalante? A B C D E F G  
(Se ouve bem num telefone sem aparelhos, assinale aqui )
12. Considera que a pessoa que lhe forneceu os aparelhos foi competente? A B C D E F G

(Continua)

- A Nada**
- B Pouco**
- C Ligeiramente**
- D Moderadamente**
- E Consideravelmente**
- F Muito**
- G Muitíssimo**

13. Acha que usar os aparelhos fazem-no parecer menos capacitado? A B C D E F G
14. O custo dos seus aparelhos pareceu-lhe razoável? A B C D E F G
15. Está satisfeito com a fiabilidade dos seus aparelhos (frequência com que precisam de reparação)? A B C D E F G

*Por favor, responda a estes itens adicionais.*

EXPERIÊNCIA COM AS APARELHOS AUDITIVOS ATUAIS	EXPERIÊNCIA DE VIDA COM TODOS OS APARELHOS AUDITIVOS (anteriores e atuais)	USO DIÁRIO DOS APARELHOS AUDITIVOS	GRAU DE DIFICULDADE AUDITIVA (sem usar o aparelho auditivo)
<input type="checkbox"/> Menos de 6 semanas <input type="checkbox"/> 6 semanas a 11 meses <input type="checkbox"/> 1 a 10 anos <input type="checkbox"/> Mais de 10 anos	<input type="checkbox"/> Menos de 6 semanas <input type="checkbox"/> 6 semanas a 11 meses <input type="checkbox"/> 1 a 10 anos <input type="checkbox"/> Mais de 10 anos	<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Menos de 1 hora por dia <input type="checkbox"/> 1 a 4 horas por dia <input type="checkbox"/> 4 a 8 horas por dia <input type="checkbox"/> 8 a 16 horas por dia	<input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Ligeiro <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Severo

**APENAS PARA USO DE AUDILOGISTAS**

**ADAPTAÇÃO DE PRÓTESE AUDITIVA**

**Ouvido Direito**

Marca \_\_\_\_\_  
 Modelo \_\_\_\_\_  
 N.º de Série \_\_\_\_\_  
 Data de Adaptação \_\_\_\_\_  
 Estilo CIC ITC ITE BTE

**Ouvido Esquerdo**

Marca \_\_\_\_\_  
 Modelo \_\_\_\_\_  
 N.º de Série \_\_\_\_\_  
 Data de Adaptação \_\_\_\_\_  
 Estilo CIC ITC ITE BTE

**CARACTERÍSTICAS DA PRÓTESE AUDITIVA (assinale todas as que se apliquem)**

- |   |   |                                       |
|---|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Microfone Direcional   | <input type="checkbox"/> Limitação por Corte de Picos | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| <input type="checkbox"/> Múltiplos Microfones   | <input type="checkbox"/> Limitação por Compressão     | _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Multicanal             | <input type="checkbox"/> TILL                         | _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Telecomando            | <input type="checkbox"/> DWTC                         | _____                                 |
| <input type="checkbox"/> Multiprograma          | <input type="checkbox"/> BILL                         |                                       |
| <input type="checkbox"/> Sem Controlo de Volume | <input type="checkbox"/> Telebobina                   |                                       |

© Universidade de Memphis, 1999

