



Policlínica Piquet Carneiro
Centro de Tratamento de Anomalias Craniofaciais - CTAC
Serviço de Fonoaudiologia

Triagem Fonoaudiológica

Nome: _____	Prontuário: _____	Avaliação: ____ / ____ / ____
Nascimento: ____ / ____ / ____	Idade: _____	Triagem: () Pré-operatório () Pós-operatório ____ dias

Diagnóstico:	
Tratamentos Anteriores:	
Queixa Principal no Momento:	
Como chegou ao CTAC:	

Motricidade Orofacial	
Queixas relacionadas a motricidade orofacial:	
Tipo de alimentação atual:	() Sem restrições () Líquida () Pastosa () Sólida
Dificuldade com alguma consistência:	() Não () Sim _____
Engasgos frequentes	() Não () Sim _____
Refluxo nasal:	() Não () Sim _____
Hábitos orais deletérios:	() Não () Sim _____
Dor orofacial:	() Não () Sim _____

Linguagem- Voz e Fala	
Queixas relacionadas a comunicação:	
Aspectos linguísticos: (recepção / emissão)	() Adequado () Alterado () Necessita avaliação específica _____
Principal forma de comunicação	() Fala () Choro () Gestos () Sons ininteligíveis
Queixa de dificuldade escolar	() Não se aplica () Não () Sim _____

Audição	
Queixas relacionadas a audição:	
Avaliação auditiva prévia:	() Não () Sim Qual? _____ Quando? _____
Resultado:	

Conclusão e Conduta	

--

--