

# 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