

SATISFAÇÃO COM O APARELHO AUDITIVO EM SUA VIDA DIÁRIA

NOME _____

DATA DE NASCIMENTO __/__/____ DATA __/__/_____

INSTRUÇÕES

Estão listadas abaixo, perguntas sobre o seu aparelho auditivo. Favor circular a letra correspondente a melhor resposta para você, para cada pergunta. A lista de palavras à direita lhe oferece o significado de cada letra.

- A Nada
- B Um pouco
- C De alguma forma
- D Mediamente
- E Consideravelmente
- F Muito
- G MUITÍSSIMO

Lembre-se que suas respostas devem mostrar suas opiniões gerais em relação ao aparelho auditivo que você está usando agora ou aquele que utilizou mais recentemente.

1- Seus aparelhos auditivos lhe ajudam a entender o que as pessoas que conversam mais freqüentemente com você falam, quando comparado sem o uso dos aparelhos?	A	B	C	D	E	F	G
2- Você fica frustrado quando o seu aparelho capta sons que não permitem que você ouça os sons que gostaria de ouvir?	A	B	C	D	E	F	G
3- Você está convencido de que adquirir os seu aparelhos foi sua melhor opção?	A	B	C	D	E	F	G
4- Você acha que as pessoas percebem mais a sua perda aditiva quando você está usando o seu aparelho auditivo?	A	B	C	D	E	F	G
5- Os seus aparelhos reduzem o número de vezes que você tem que pedir para as pessoas repetirem o que disseram?	A	B	C	D	E	F	G
6- Você acha que o seu aparelho compensa seu problema?	A	B	C	D	E	F	G
7- Você está chateado por não conseguir ter o volume que deseja sem que o aparelho apite?	A	B	C	D	E	F	G
8- O quanto você está satisfeito com a aparência de seus aparelhos?	A	B	C	D	E	F	G
9- Usar o aparelho melhora a sua autoconfiança?	A	B	C	D	E	F	G

- A Nada
- B Um pouco
- C De alguma forma
- D Mediamente
- E Consideravelmente
- F Muito
- G MUITÍSSIMO

10- Quão natural é o som que recebe de seu aparelho?	A	B	C	D	E	F	G
11- O quanto seus aparelhos ajudam ao falar em telefones que não tenham amplificadores de volume? (Se você escuta bem ao telefone <u>sem</u> os aparelhos selecione aqui <input type="radio"/>)	A	B	C	D	E	F	G
12- Quão competente era a pessoa que lhe forneceu os aparelhos?	A	B	C	D	E	F	G
13- Você acha que uzar o aparelho faz você se sentir menos capaz?	A	B	C	D	E	F	G
14- O custo do seu aparelho lhe parece razoável?	A	B	C	D	E	F	G
15- Você está satisfeito com a qualidade do seu aparelho (com relação ao número de vezes que ele precisou de reparo)?	A	B	C	D	E	F	G

Por favor responda a estes itens adicionais:

EXPERIÊNCIA COM OS APARELHOS ATUAIS:

- Menos de 6 semanas
- De 6 semanas a 11 meses
- De 1 a 10 anos
- Mais que 10 anos

TODAS AS EXPERIÊNCIAS COM APARELHO (incluindo os velhos e atuais).

- Menos de 6 semanas
- De 6 semanas a 11 meses
- De 1 a 10 anos
- Mais que 10 anos

USO DIÁRIO DOS APARELHOS:

- Nenhum
- Menos que uma hora por dia
- De 1 a 4 horas por dia
- De 4 a 8 horas por dia
- De 8 a 16 horas por dia

GRAU DE DIFICULDADE EM ESCUTAR (Sem o aparelho auditivo)

- Nenhuma
- Média
- Moderada
- Moderada Severa
- Severa

Outros comentários: _____

PARA USO EXCLUSIVO DA FONOAUDIÓLOGA

ADAPTAÇÃO DO APARELHO:

Orelha Direita

Marca _____

Modelo _____

No. Série _____

Data da adaptação _____

Tipo CIC ITC ITE BTE

Orelha Direita

Marca _____

Modelo _____

No. Série _____

Data da adaptação _____

Tipo CIC ITC ITE BTE

CARACTERÍSTICA DOS APARELHOS: (Selecione todos que se aplicam)

- Microfone Direcional
- Múltiplos Microfones
- Multi-canal
- Controle remoto
- Multi-memória
- Corte de Pico

- Compressão
- TILL
- WDRC
- BILL
- Bobina Telefônica
- Outros _____