



Società Italiana  
di Otorinolaringoiatria  
e Chirurgia  
Cervico Facciale

# REPORT GIORNATA

Giornata di Prevenzione SIOeChCF  
Prevenire i danni da rumore in età  
scolastica

ID PAZIENTI <input type="text"/>	SESSO	ETA'	FATTORI DI RISCHIO AUDIOLOGICO	ESPOSIZIONE AL RUMORE	SINTOMI EVIDENTI	CONSIGLIATA VISITA DI APPROFONDIMENTO
<input type="text"/>  Sede <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI Quale _____ <input type="checkbox"/> NO _____	ESPOSIZIONE A SUONI FORTI SI NO USO DI AURICOLARI SI NO GIORNALMENTE SI NO QUANTE ORE <input type="text"/> VOLUME DA 0 A 10 <input type="text"/>	IPOACUSIA OTOSCOPIA TINNITUS NORMALE DISEQUILIBRIO ESSUDATO ENDOTIMPANICO AUTOFONIA PERFORAZIONE ALTRO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
ID PAZIENTI <input type="text"/>	SESSO	ETA'	FATTORI DI RISCHIO AUDIOLOGICO	ESPOSIZIONE AL RUMORE	SINTOMI EVIDENTI	CONSIGLIATA VISITA DI APPROFONDIMENTO
<input type="text"/>  Sede <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI Quale _____ <input type="checkbox"/> NO _____	ESPOSIZIONE A SUONI FORTI SI NO USO DI AURICOLARI SI NO GIORNALMENTE SI NO QUANTE ORE <input type="text"/> VOLUME DA 0 A 10 <input type="text"/>	IPOACUSIA OTOSCOPIA TINNITUS NORMALE DISEQUILIBRIO ESSUDATO ENDOTIMPANICO AUTOFONIA PERFORAZIONE ALTRO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
ID PAZIENTI <input type="text"/>	SESSO	ETA'	FATTORI DI RISCHIO AUDIOLOGICO	ESPOSIZIONE AL RUMORE	SINTOMI EVIDENTI	CONSIGLIATA VISITA DI APPROFONDIMENTO
<input type="text"/>  Sede <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> SI Quale _____ <input type="checkbox"/> NO _____	ESPOSIZIONE A SUONI FORTI SI NO USO DI AURICOLARI SI NO GIORNALMENTE SI NO QUANTE ORE <input type="text"/> VOLUME DA 0 A 10 <input type="text"/>	IPOACUSIA OTOSCOPIA TINNITUS NORMALE DISEQUILIBRIO ESSUDATO ENDOTIMPANICO AUTOFONIA PERFORAZIONE ALTRO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI