



Identité de l'enfant

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Lieu de naissance : _____ (nom de la maternité ou commune si accouchement extra hospitalier)

Identité du ou des parents signataires ou du représentant légal le cas échéant

Je soussigné(e) ; nous soussignés(es) :

NOM : _____ PRENOM : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ , la mère ou le premier parent

NOM : _____ PRENOM : _____

Date de naissance : ____ / ____ / ____ , le père ou le second parent ou le représentant légal de l'enfant

Reconnais / reconnaissons **avoir reçu une information orale et écrite** précisant tout l'intérêt pour l'enfant de bénéficier du dépistage néonatal de la surdité prévu dans le cadre du programme national de dépistage néonatal (**arrêté du 23 avril 2012 relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale**) :

Par : _____ (nom et fonction du professionnel de santé)

Le : ____ / ____ / ____

A : _____

☐ Et refuse / refusons la réalisation de cet examen pour notre enfant.

☐ Et refuse / refusons la poursuite du parcours de dépistage alors qu'au moins un premier test n'a pas permis de conclure à la normalité de l'audition de notre enfant.

Nous sommes informés que si nous changeons d'avis, nous pourrions solliciter un rendez-vous de dépistage dans les 3 mois, par l'intermédiaire de notre médecin ou sage-femme, ou en nous adressant à la maternité.

Le : ____ / ____ / ____

A : _____

Signature de la mère ou premier parent : _____

Signature du père ou second parent ou représentant légal : _____

Signature du professionnel de santé : _____

Pour améliorer le programme et les pratiques des professionnels, nous vous proposons de nous transmettre, si et seulement si vous le souhaitez, vos remarques et/ou les points qui vous ont conduit à ne pas souhaiter ce dépistage.

Informations destinées à l'opérateur régional du dépistage à des fins d'amélioration des pratiques.
Le refus parental est légal et ne nécessite pas de justification.

☐ 1 exemplaire à conserver dans le dossier médical de l'enfant

☐ 1 exemplaire à adresser à l'URPHE Lyon par courrier postal

☐ 1 exemplaire pour le(s) parent(s)

**Barrer les mentions inutiles.*

Formulaire à signer au mieux par les deux parents en cas de refus de dépistage. La signature d'un seul parent est suffisante pour que le dépistage ne soit pas effectué.

Au cas où un parent refuse explicitement le dépistage mais ne souhaite pas signer le formulaire, celui-ci doit être complété et signé par deux professionnels de l'équipe, témoins du refus parental.

Formulaire à utiliser en cas de refus initial de dépistage et en cas de refus de poursuite du parcours exprimée par les parents alors que l'enfant est présent dans l'établissement de santé (maternité, unité de néonatalogie, ORL ...).