URPHE - Dépistage Néonatal
Groupement Hospitalier EST
52 Boulevard Pinel
69003 LYON

DEPISTAGE AUDITIF

A retourner dans les meilleurs délais

NOM Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

N° naissance :

1er test
Date :
Lieu :
Méthode : ☐ OEA ☐ PEA

	Normal	A surveiller
OD	☐	☐
OG	☐	☐

Re-test (T2) - Test 3 *(préciser)*
Date :
Lieu :
Méthode : ☐ OEA ☐ PEA

	Normal	A surveiller
OD	☐	☐
OG	☐	☐

Rendez-vous le : ……

Le dépistage auditif n'a pas pu être réalisé car :

Lieu : ……

☐ Transfert ……..

☐ Autre : ……

CMV prélevé : ☐ Oui ☐ Non ☐ Salivaire ☐ Urinaire Résultat : ……

URPHE - Dépistage Néonatal
Groupement Hospitalier EST
52 Boulevard Pinel
69003 LYON

DEPISTAGE AUDITIF

A retourner dans les meilleurs délais

NOM Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

N° naissance :

1er test
Date :
Lieu :
Méthode : ☐ OEA ☐ PEA

	Normal	A surveiller
OD	☐	☐
OG	☐	☐

Re-test (T2) - Test 3 *(préciser)*
Date :
Lieu :
Méthode : ☐ OEA ☐ PEA

	Normal	A surveiller
OD	☐	☐
OG	☐	☐

Rendez-vous le : ……

Le dépistage auditif n'a pas pu être réalisé car :

Lieu : ……

☐ Transfert ……..

☐ Autre : ……

CMV prélevé : ☐ Oui ☐ Non ☐ Salivaire ☐ Urinaire Résultat : ……

URPHE - Dépistage Néonatal
Groupement Hospitalier EST
52 Boulevard Pinel
69003 LYON

DEPISTAGE AUDITIF

A retourner dans les meilleurs délais

NOM Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

N° naissance :

1er test
Date : ……
Lieu : ……
Méthode : ☐ OEA ☐ PEA

	Normal	A surveiller
OD	☐	☐
OG	☐	☐

Re-test (T2) - Test 3 *(préciser)*
Date : ……
Lieu : ……
Méthode : ☐ OEA ☐ PEA

	Normal	A surveiller
OD	☐	☐
OG	☐	☐

Rendez-vous le : ……

Le dépistage auditif n'a pas pu être réalisé car :

Lieu : ……

☐ Transfert ……..

☐ Autre : ……

CMV prélevé : ☐ Oui ☐ Non ☐ Salivaire ☐ Urinaire Résultat : ……

URPHE - Dépistage Néonatal
Groupement Hospitalier EST
52 Boulevard Pinel
69003 LYON

DEPISTAGE AUDITIF

A retourner dans les meilleurs délais

NOM Prénom :

Date de naissance :

Lieu de naissance :

N° naissance :

1er test
Date : ……
Lieu : ……
Méthode : ☐ OEA ☐ PEA

	Normal	A surveiller
OD	☐	☐
OG	☐	☐

Re-test (T2) - Test 3 *(préciser)*
Date : ……
Lieu : ……
Méthode : ☐ OEA ☐ PEA

	Normal	A surveiller
OD	☐	☐
OG	☐	☐

Rendez-vous le : ……

Le dépistage auditif n'a pas pu être réalisé car :

Lieu : ……

☐ Transfert ……..

☐ Autre : ……

CMV prélevé : ☐ Oui ☐ Non ☐ Salivaire ☐ Urinaire Résultat : ……