UNION AUVERGNE RHONE-ALPES POUR LA PREVENTION DES HANDICAPS DE L'ENFANT

DEPISTAGE NEONATAL DE LA SURDITE

FICHE N°1 : ORIENTATION D'UN NOUVEAU-NE EN CAS DE TEST D'AUDITION NON CONCLUANT (T2 ou T3)

A transmettre à l'URPHE par le service ayant réalisé le dépistage de l'audition

---

SERVICE AYANT REALISE LE TEST DE DEPISTAGE

ETABLISSEMENT :

Nom du Service : **Code du Service :**

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM : **Prénom :**

Nom de la mère :

Date de naissance : **Sexe :**

N° Accouchement :

Adresse :

Téléphone(s) parents :

Médecin traitant : **Ville :**

Dernier test effectué : ☐ **Test T2** ☐ **Test T3** **Date : .....**
Méthode : ☐ **OEA** ☐ **PEAA**
Résultat(s) non concluants ☐ **Oreille droite** ☐ **Oreille gauche** ☐ **Les 2**
CMV :
Recherche effectuée ☐ **oui** ☐ **non** **Type :** ☐ **salivaire** ☐ **urines** **Résultats : .....**

CEAE choisi (ou praticien si étape intermédiaire)

Etablissement :

☐ **RV pris : date de consultation .....**
☐ **Mail adressé et attente de date de RV**

OBSERVATIONS EVENTUELLES :

URPHE CRDN - CHU DE GRENOBLE
Institut de Biologie et Pathologie Boulevard de la Chantourne 38700 LA TRONCHE
Tél : 04.76.76.58.95 / Fax : 04.76.76.77.39 e-mail : secretariatdepistageneonatal@chu-grenoble.fr
Mars 2023