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

DEPISTAGE NEONATAL DE LA SURDITE : CONCLUSION CEAE

BILAN A 1 AN D'UN ENFANT CONFIE AU C.E.A.E

A retourner impérativement à l'URPHE par le CEAE

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Nom : N° URPHE:

Prénom:

Date de naissance: Sexe: N° accouchement:

Lieu de naissance :

CENTRE EXPERT DE L'AUDITION DE L'ENFANT (CEAE)

Nom du CEAE :

Médecin examinateur : Nom - Prénom :

Date de la dernière consultation de suivi dans le CEAE : |__|__| |__|__| |__|__|

Si perdu de vue : ☐ Pas de réponse à 2 lettres de relance.

☐ 2 rendez-vous non honorés. ☐ Autre : _____

DIAGNOSTIC :

- Age à la confirmation du diagnostic (en mois) :
- Surdité : ☐ Non ☐ *Bilatérale* ☐ *Unilatérale (préciser le coté) :*
  - Degré de la surdité (dB) : Droite |____| Gauche |____|
    → Niveau de surdité à droite : ☐ léger ☐ moyen ☐ sévère ☐ profond
    → Niveau de surdité à gauche : ☐ léger ☐ moyen ☐ sévère ☐ profond
  - Type de surdité : ☐ *Transmission* ☐ *Neurosensorielle endocochléaire*
    ☐ *Neuropathie auditive* ☐ *Mixte*

PRÉSENCE DE FACTEURS DE RISQUE : (Familiaux, réanimation néonatale, méningite, autres) **préciser**:

RECHERCHE CMV (avant 10 jours de vie) : ☐ oui ☐ non ☐ inconnu

Type : ☐ salivaire ☐ urines Résultats : ☐ Négatif ☐ Positif ☐ Inconnu

TROUBLES ASSOCIES (préciser si connus) :

PRISE EN CHARGE:

- Connue : ☐ Oui ☐ Non
- Appareillage : ☐ Oui *âge à l'appareillage (en mois) :* ☐ Non
- Implantation cochléaire prévue : ☐ Oui ☐ Non
- Orientation : ☐ Libérale (Préciser nom du praticien) :
  ☐ Institutionnelle (Préciser établissement/référent) :
  ☐ Autre (Préciser) :

Commentaire libre :

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