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

DEPISTAGE NEONATAL DE LA SURDITE

FICHE N°2 : CONFIRMATION POUR UN ENFANT SUSPECT

A retourner impérativement à l'URPHE par le CEAE

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

Service ayant réalisé le dépistage :

Code Service :

N° Accouchement :

Nom : **Prénom:**

Nom de la mère : **Téléphone(s) parents :**

Date de naissance : **Sexe :**

Terme : **Poids :** **g**

Médecin traitant : **Ville :**

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

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

---

CEAE ou ORL étape intermédiaire

Etablissement :

Médecin examinateur :

Nom - Prénom : .....

Téléphone : .....

Date de la Consultation : ☐ NON VENU*

RESULTAT PEA : seuils : oreille droite |_____| oreille gauche |_____|

CONCLUSION (une seule réponse possible) :

☐ Audition normale bilatérale

☐ Surdité bilatérale certaine

☐ Surdité unilatérale certaine : ☐ *Droite* ☐ *Gauche*

→ Niveau de surdité :
☐ léger
☐ moyen
☐ sévère
☐ profond

☐ Diagnostic en attente, *Préciser la date de la prochaine consultation : .....*

ATTENTION : si l'enfant n'a pas été présenté à la Consultation :

un nouveau RDV a-t-il été adressé aux parents : ☐ OUI ☐ NON

Si Oui, préciser la ***date :*** ***|__|__| |__|__| |__|__|***

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