



Les gouttes de sang prélevées,  
au talon ou au dos de la main,  
sont déposées dans ces ronds.

# BUVARD

## DU DÉPISTAGE NÉONATAL



### IDENTITÉ DE L'ENFANT

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

N° NAISSANCE

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|

### DÉPISTAGE SURDITÉ



### PRÉLÈVEMENT

Prélevé le : \_\_\_\_\_

Nom préleveur : \_\_\_\_\_

Lieu prélèvement : \_\_\_\_\_

POUR EN SAVOIR PLUS



[www.depistage-neonatal.fr](http://www.depistage-neonatal.fr)



PROGRAMME NATIONAL  
DE DÉPISTAGE NÉONATAL

# À COMPLÉTER ET À SIGNER PAR LES PARENTS

## CONTACT DES PARENTS



Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

## CONSENTEMENT DES PARENTS

Nous soussigné(e)s, Nom(s), Prénom(s) :

Parent(s) : \_\_\_\_\_

de l'enfant : \_\_\_\_\_ né(e) le : \_\_\_\_\_

Consentons ☐ Ne consentons pas ☐

Fait le : \_\_\_\_\_ Signature(s) obligatoire(s) :



## Le dépistage néonatal, c'est quoi ?



Un test qui détecte des **maladies rares mais graves**, invisibles à la naissance et qui est proposé à tous les bébés.



Un test fait à partir de **48h** de vie du bébé pour une prise en charge **avant l'apparition des signes de la maladie**.



Il est fait à la maternité ou à domicile.



Il est réalisé grâce à un prélèvement de quelques gouttes de sang **au talon ou au dos de la main**.

Le consentement des parents est **indispensable**. Il est attendu que les parents **cochent et signent** la partie "consentement" du buvard qui leur est remis à la maternité.