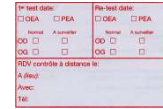


Nouvelle feuille de résultat du test néonatal de l'audition de « Contrôle » et « Hors guthrie » : mode d'emploi

Coordination
Dépistage
Néonatal
De la Surdité:
06 26 55 44 96

- En maternité : ne remplace pas le résultat maternité sur le guthrie →
- En néonatalogie et unités spécialisées REMPLECE le carton rose «hors guthrie» →
- En consultation de contrôle (ORL) REMPLECE le carton orange «RDV de contrôle » →




Coordination Francilienne du Dépistage Néonatal de l'Audition
CHU Necker Enfants Malades - 149 rue de Sèvres 75742 PARIS CEDEX 15
Tél : 01.40.27.99.99 Fax : 01.40.27.99.88



RESULTATS DE TESTS AUDITIFS REALISES DANS LE CADRE DU PROGRAMME NATIONAL DE DEPISTAGE DE LA SURDITE PERMANENTE NEONATALE (1)
A nous retourner par fax : 01 40 27 99 88 ou par mail : coordination@cfdna.fr

N° de FAX ou MAIL
Pour envoyer la
feuille remplie

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM : Prénom :
NOM naiss de la mère :
Né(e) le : / / à la maternité :

IDENTITÉ
Étiquette...

Il s'agit **DU PRIMO TEST** de dépistage différé de l'enfant qui n'a pu être réalisé avant pour la raison suivante (précisez) :

Il s'agit **D'UN TEST DE CONTROLE** suite à un primo test non concluant dont les résultats étaient les suivants :

	Normal	A surv	PEA <input type="checkbox"/>	OEA <input type="checkbox"/>	Date :
OD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Lieu :
OG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Test non fait en maternité ou TARDIF (après départ guthrie) ou en néonatalogie et unités spécialisées (Chirurgie, Cardiologie)

Résultats des tests
de la maternité
(si faits)

RESULTATS DU TEST

	Normal	A surveiller	PEA <input type="checkbox"/>	OEA <input type="checkbox"/>	Autre (précisez) <input type="checkbox"/>
OD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Date : / /
OG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			Réalisé par :
					Lieu :
Audition normale <input type="checkbox"/>					
Enfant à revoir <input type="checkbox"/>		*			
Commentaires :					

RÉSERVÉ
aux résultats du
test de CONTRÔLE
(ORL, CDOS...)
ou du
PRIMO TEST

* Prochain RDV le : / / Avec :
Lieu et tél :



ANNULE ET REMPLACE LES CARTONS ROSE ET ORANGE

