

**DEPISTAGE NEONATAL DE LA SURDITE****FICHE « DIAGNOSTIC FINAL » D'UN ENFANT CONFIE AU CEAE***A retourner impérativement à l'URPE par le CEAE, dès le diagnostic établi et au plus tard à un an d'âge corrigé***IDENTIFICATION DE L'ENFANT**

Nom : N° URPE :
Prénom : Sexe :
Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_| N° d'accouchement :
Lieu de naissance :

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

Nom du CEAE : Médecin ORL référent de l'enfant :
Date de la dernière consultation de suivi au CEAE : |_|_| | |_|_| | |_|_|

RAPPEL : 1^{ers} PEA seuils Date 1^{ers} PEA seuils avec résultats chiffrés : |_|_| | |_|_| | |_|_|
Seuil oreille droite : |_|_|_| dB Seuil oreille gauche : |_|_|_| dB

ENFANT SANS AUCUN DIAGNOSTIC (cocher les cases qui conviennent)

- ☐ **Perdu de vue en cours de CEAE :** ☐ Pas de réponse à 2 lettres de relance ☐ 2 rendez-vous non honorés
☐ Refus parental exprimé de poursuivre les investigations
☐ Décès en cours de CEAE ☐ Déménagement connu (noter ville etc.) :
☐ Autre :

ENFANT AVEC DIAGNOSTIC (définitif ou non) (cocher les cases qui conviennent, selon les dernières informations connues du CEAE)

- Diagnostic :** ☐ Diagnostic définitif ☐ Surdité évolutive, diagnostic ci-dessous non consolidé
Surdité : ☐ Non ☐ Bilatérale ☐ Unilatérale (*préciser le coté*) :
Degré de surdité à droite : ☐ Léger ☐ Moyen ☐ Sévère ☐ Profond
Degré de surdité à gauche : ☐ Léger ☐ Moyen ☐ Sévère ☐ Profond
Type de surdité : ☐ Transmission ☐ Neurosensorielle endocochléaire
☐ Neuropathie auditive ☐ Mixte

Date de confirmation diagnostique de la surdité par examen objectif (PEAP/ASSR) + **audiométrie comportementale** (critères BIAP) |_|_| | |_|_| | |_|_| ou âge (en mois) à la confirmation du diagnostic :

En cas de surdité confirmée, étiologie (cocher les cases qui conviennent)

- ☐ **Facteurs de risque :** ☐ Antécédents familiaux : ☐ Prématurité terme : SA
☐ Réa ou SI néonate ☐ Traitement ototoxique ☐ Méningite ☐ Autre :

Synthèse statut cCMV : ☐ Dg cCMV établi ☐ Dg cCMV écarté ☐ cCMV non recherché

- PCR <J10 salive/urines : ☐ Fait PCR NEG ☐ PCR POS (+ contrôle urinaire si PCR initiale salivaire) ☐ Non fait ou inconnu
- PCR >J10 salive/urines : ☐ Fait PCR NEG ☐ Fait PCR POS ☐ Non fait ou inconnu
- Si PCR tardive salive/urines positive, PCR sur Buvarde Guthrie : ☐ PCR NEG ☐ PCR POS ☐ Non fait ou inconnu

URPHE CRDN - CHU DE LYON	URPHE CRDN - CHU DE GRENOBLE
GROUPEMENT HOSPITALIER EST Bâtiment Pinel 52 Bd Pinel 69003 LYON	Institut de Biologie et Pathologie Boulevard de la Chantourne 38700 LA TRONCHE
Tel : 04.27.85.65.28/29	Tél : 04.76.76.58.95 / Fax : 04.76.76.77.39
Mail : ghe.secretariatdepistageneonatal@chu-lyon.fr Sécurisé : ghe.secretariatdepistageneonatal@chu-lyon.aura.mssante.fr	Mail : secretariatdepistageneonatal@chu-grenoble.fr Sécurisé : secretariatdepistageneonatal@chu-grenoble.aura.mssante.fr

☐ Troubles associés ou contexte syndromique :

Bilan génétique ☐ *Fait, panel négatif* ☐ *Fait, panel positif, résultats :*
☐ *Fait, pas de résultats* ☐ *Non fait ou inconnu*

Prise en soins de l'enfant sourd

Connue	☐ Oui	☐ Non			
Appareillage auditif	OD : ☐ Oui	☐ Non	☐ Prévu	Date ou âge app. (mois) :	
	OG : ☐ Oui	☐ Non	☐ Prévu	Date ou âge app. (mois) :	
Aérateurs trans tymp.	OD : ☐ Oui	☐ Non	☐ Prévu	Date ou âge ATT (mois) :	
	OG : ☐ Oui	☐ Non	☐ Prévu	Date ou âge ATT (mois) :	
Implant cochléaire	OD : ☐ Oui	☐ Non	☐ Prévu	Date ou âge IC (mois) :	
	OG : ☐ Oui	☐ Non	☐ Prévu	Date ou âge IC (mois) :	
Orientation :	☐ Libérale (Préciser nom du praticien/ville) : ☐ Institutionnelle (Préciser établissement/référent) : ☐ Autre (Préciser) :				

Remarques, précisions...

Annexe - Détails des bilans effectués au CEAE (remplissage facultatif)

PEAP 1	Date du 1 ^{er} PEA seuils avec résultats :	_ _ _	_ _ _	_ _ _	ou âge (mois) :
	PEAP 1 CA (onde V) (plat = max + 10 dB)	OD		OG	
	PEAP 1 CA (latence I)	OD		OG	
	PEAP 1 CO (seuil onde V) (plat = 80dB)	OD		OG	
PEAP 2	Date du 2 ^{ème} PEA seuils avec résultats :	_ _ _	_ _ _	_ _ _	ou âge (mois) :
	PEAP 2 CA (onde V) (plat = max + 10 dB)	OD		OG	
	PEAP 2 CA (latence I)	OD		OG	
	PEAP 2 CO (seuil onde V) (plat = 80dB)	OD		OG	
ASSR	Date :	_ _ _	_ _ _	_ _ _	ou âge (mois) :
	OD	500 :	1000 :	2000 :	4000 :
	OG	500 :	1000 :	2000 :	4000 :
OEA	Date :	_ _ _	_ _ _	_ _ _	ou âge (mois) :
	Droit :		Gauche :		

Tympanométrie :

Audiométrie comportementale	date __ __ __ __ __ __	ou âge (mois) :
Champ libre (seuil dB)	500 : 1000 :	2000 : 4000 :
OD	500 : 1000 :	2000 : 4000 :
OG	500 : 1000 :	2000 : 4000 :

Bilan vestibulaire :

Autres renseignements :

URPHE CRDN - CHU DE LYON	URPHE CRDN - CHU DE GRENOBLE
GROUPEMENT HOSPITALIER EST Bâtiment Pinel 52 Bd Pinel 69003 LYON	Institut de Biologie et Pathologie Boulevard de la Chantourne 38700 LA TRONCHE
Tel : 04.27.85.65.28/29	Tél : 04.76.76.58.95 / Fax : 04.76.76.77.39
Mail : ghe.secretariatdepistageneonatal@chu-lyon.fr Sécurisé : ghe.secretariatdepistageneonatal@chu-lyon.aura.mssante.fr	Mail : secretariatdepistageneonatal@chu-grenoble.fr Sécurisé : secretariatdepistageneonatal@chu-grenoble.aura.mssante.fr