

**PROGRAMME DE DEPISTAGE NEONATAL DE LA SURDITE****FICHE de PRESCRIPTION et d'ADRESSAGE pour TEST DIFFERE T3**

A remplir par la maternité ou l'unité de néonatalogie ou le professionnel de santé.
A donner aux parents, et transmettre au professionnel/centre du T3, avec copie à l'URPHE.

IDENTIFICATION DE L'ENFANT & coordonnées parents

Nom :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_|

Terme si prématurité :

Lieu de naissance :

Adresse des parents :

Mail(s) parents :

Tél(s) parents :

Médecin traitant (nom et ville) :

IDENTIFICATION DEMANDEUR

Faire pratiquer un test de dépistage auditif néonatal différé en ambulatoire, par PEAA (ou à défaut OEA, exclusivement en rattrapage chez un enfant à bas risque) au seuil de 35dB, sur les 2 oreilles.
Résultats à transmettre à l'URPHE.

Test à effectuer dans le **1^{er} mois de vie** (ou avant un mois d'âge corrigé)

(NB : possible jusqu'à 3 mois pour les situations de rattrapage)

Pour : ☐ **Test différé T3 de contrôle**

☐ **Test différé T3 de rattrapage** (pas de dépistage antérieur)

Si oui, compléter -dessous



Dernier test effectué :

Date : |_|_| |_|_| |_|_|

☐ T2☐ T1 seul (pas de T2 effectué)

Test réalisé par :

☐ Maternité☐ Autre :

Côté(s) non concluant(s) :

☐ OD ☐ OG

Type de test :

☐ PEAA ☐ OEA

PCR CMV avant J10 :

☐ Prélevé salivaire ☐ Prélevé urinaire ☐ Non fait ou inconnu

Résultat PCR CMV :

☐ Positif☐ Négatif☐ Inconnu ou en attente

Si PCR salivaire positive, contrôle urinaire :

☐ Prélevé résultat positif☐ Prélevé résultat négatif☐ Prélevé résultat inconnu ou en attente☐ Non fait ou inconnu

A l'exception de situations particulières à très haut risque de surdité, **un test différé T3 par PEAA est fortement recommandé avant l'adressage en phase diagnostique**, pour tous les enfants avec tests non concluants en unilatéral ou bilatéral en sortie de maternité / néonatalogie.

Remarques (dont facteurs de risque éventuels ...) :

.....
.....



Nom/lieu du professionnel pour le test différé T3/centre T3 choisi par les parents :

☐ RV pour test différé T3 prévu le : |_|_| |_|_| |_|_|

☐ Ou enfant à convoquer pour test différé T3, demande de RV adressée par mail/fax/tel le : |_|_| |_|_| |_|_|

Date : |_|_| |_|_| |_|_|

Prescripteur : Pr Hugues PATURAL, Président de l'URPHE

Fiche prescription & adressage pour test différé T3 – Oct 2026

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