

**PROGRAMME DE DEPISTAGE NEONATAL DE LA SURDITE****FICHE POUR RESULTATS HORS BUVARD***A transmettre à l'URPHE par la maternité, l'unité de néonatalogie ou l'acteur du test différé T3***IDENTIFICATION DE L'ENFANT**

Nom : _____ N° URPHE (éventuel) : _____
Prénom : _____ Sexe : _____
Date de naissance : |_|_| |_|_| |_|_| Terme si prématuré : |_|_| SA
Lieu de naissance : _____ N° d'accouchement (éventuel) : _____
Adresse des parents : _____
Mail(s) parents : _____
Tél(s) parents : _____
Médecin traitant ou sage-femme libérale (nom et ville) : _____

RESULTATS DEPISTAGE SURDITERemplir **uniquement** les cases pour les résultats des informations et tests non notés sur le buvard Guthrie de l'enfant

Étape	T1 (TEST) En maternité ou néonatalogie	T2 (RETEST) En maternité ou néonatalogie	T3 (TEST DIFFERE) ☐ De contrôle, ambulatoire ☐ De rattrapage*, ambulatoire *Pas de test préalable ou T1 sans T2
Date	_ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _	_ _ _ _ _ _
Lieu / acteur	☐ Maternité ☐ Autre :	☐ Maternité ☐ Autre :	☐ Maternité ☐ Autre :
Type de test	☐ PEAA ☐ OEA	☐ PEAA ☐ OEA	☐ PEAA ☐ OEA
Résultat Oreille Droite	☐ Concluant ☐ Non concluant	☐ Concluant ☐ Non concluant	☐ Concluant ☐ Non concluant
Résultat Oreille Gauche	☐ Concluant ☐ Non concluant	☐ Concluant ☐ Non concluant	☐ Concluant ☐ Non concluant
En cas de résultat non concluant : Orientation, suite du parcours	☐ RV à /avec ☐ Date prévue si connue _ _ _ _ _ _	☐ RV pour test différé T3 à **: ☐ RV CEAE direct à*** : ☐ Date prévue si connue _ _ _ _ _ _	☐ RV CEAE à*** : ☐ Date prévue si connue _ _ _ _ _ _
Remarques	**Fiche prescription adressage T3 à disposition ***Fiche d'adressage CEAE ☐ à compléter et renvoyer au CEAE choisi par les parents <u>et à l'URPHE</u>		

En cas de T2 non concluant, PCR CMV avant J10 :

☐ Prélevé salivaire ☐ Prélevé urinaire ☐ Refus ☐ Non fait ou inconnu

Si prélèvement pour PCR CMV effectué, résultat PCR :

☐ 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

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