

FORMULAIRE À COMPLÉTER PAR LE/LA TESTEUR/SE ET À RENVoyer AU CENTRE DE COLLECTE DE DONNÉES :

Centre de dépistage néonatal **UCL** – Cliniques Saint-Luc - Tour Rosalind Franklin - Avenue Hippocrate, 10, 1200 Bruxelles

Centre de Dépistage Néonatal **ULB** - Laboratoire de Pédiatrie - 1-3 Av. J.J. Crocq, 1020 Bruxelles

Centre de Dépistage Néonatal **ULg** – Laboratoire de Biochimie Génétique - CHU de Liège - Tour 2, Etage 6 - B35 – Avenue de l'Hôpital, 1 - 4000 Liège

IDENTIFICATION DU TESTEUR	IDENTIFICATION DE L'ENFANT (ETIQUETTE DE L'ENFANT)
NOM :	NOM :
PRÉNOM :	PRÉNOM :
HÔPITAL :	DATE DE NAISSANCE :
	MATERNITÉ :
	NUMÉRO DE DOSSIER :

Si l'ENFANT A ÉTÉ TRANSFÉRÉ DEPUIS UNE AUTRE MATERNITÉ, VEUILLEZ INDIQUER LA MATERNITÉ OU LE LIEU DE NAISSANCE	MATERNITÉ/LIEU DE NAISSANCE :
--	--------------------------------------

L'ENFANT NE PRÉSENTE PAS DE FACTEUR DE RISQUE → COMPLÉTEZ UNIQUEMENT LE RECTO DE CE FORMULAIRE
L'ENFANT PRÉSENTE AU MOINS 1 FACTEUR DE RISQUE → COMPLÉTEZ UNIQUEMENT LE VERSO DE CE FORMULAIRE

1. TEST RÉALISÉ À :	<input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Centre néonatal <input type="checkbox"/> Consult ORL <input type="checkbox"/> Autre :
2. POIDS DE NAISSANCE grammes
3. AGE GESTATIONNEL semaines
4. FACTEUR(S) DE RISQUE	<input type="checkbox"/> Oui → Cochez les FR au verso et complétez le cadre 7 <input type="checkbox"/> Non

5. TESTS	1 ^{er} test		2 ^{ème} test	
/...../...../...../...../...../...../...../.....
(Cases à cocher)	OD	OG	OD	OG
PASS (normal)				
REFER (anormal)				

6. MOTIF D'UN TEST NON RÉALISÉ :	<input type="checkbox"/> Refus des parents <input type="checkbox"/> Enfant décédé → Date du décès :/...../..... <input type="checkbox"/> Test à réaliser ailleurs : <input type="checkbox"/> Kind&Gezin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Enfant transféré → Date du transfert :/...../..... Transfert vers :
7. ENFANT RÉFÉRÉ POUR DIAGNOSTIC	Identification de l'ORL : Date du rendez-vous :/...../.....

FICHE D'IDENTIFICATION DES FACTEURS DE RISQUE

CETTE PARTIE DU FORMULAIRE EST À COMPLÉTER PAR LE GYNÉCOLOGUE ET/OU LE PÉDIATRE

EN PRÉSENCE D'UN OU PLUSIEURS FACTEUR(S) DE RISQUE, LE DÉPISTAGE AUDITIF DOIT SE BASER SUR DES POTENTIELS ÉVOQUÉS AUDITIFS AUTOMATISÉS (PEAA) OU PEA STANDARDS.

Je soussigné(e), Docteur....., certifie que l'enfant sus-mentionné présente le(s) facteur(s) de risque suivant(s) :

Cochez le(s) FR correspondant(s)

DÉFICIENCE AUDITIVE GÉNÉTIQUE	<input type="checkbox"/> Antécédents familiaux de surdité héréditaire (ex : parents, grands-parents, frère/sœur ou cousins) <input type="checkbox"/> Consanguinité du 1 ^{er} ou 2 ^{ème} degré (ex : les parents ou grands-parents sont cousins germains) <input type="checkbox"/> Malformations et syndromes associés à une déficience auditive <input type="checkbox"/> Malformations isolées du pavillon auriculaire
INFECTION CONGÉNITALE	<input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Syphilis
INTOXICATION MATERNELLE DURANT LA GROSSESSE	<input type="checkbox"/> Présence de syndrome d'alcoolisme foetal
CONDITIONS NÉONATALES SPÉCIFIQUES	<input type="checkbox"/> Poids de naissance <1500g → Si oui, mentionnez l'âge gestationnel : AG = semaines <input type="checkbox"/> Apgar de 0 à 6 à 5 minutes <input type="checkbox"/> Hyperbilirubinémie précoce (avant 2 jours) nécessitant un traitement OU hyperbilirubinémie nécessitant une photothérapie intensive (Bilicrystal ou autre) ou une exsanguino-transfusion (cfr courbes de référence)
SOINS MÉDICAUX	<input type="checkbox"/> Traitement par oxygénation par membrane extra-corporelle (ECMO) <input type="checkbox"/> Séjours en soins intensifs néonataux de plus de 5 jours <input type="checkbox"/> Ventilation assistée pendant 24 heures ou plus <input type="checkbox"/> Administration de médication ototoxique d'une durée supérieure à 2 jours (ex : aminoglycosides ou diurétiques de l'anse, ...)
MALADIES SPÉCIFIQUES	<input type="checkbox"/> Méningite ou nécessité d'une consultation neurologique (ex : convulsion, hypotonie, troubles de la déglutition/alimentaire, et paralysie du nerf crânien) <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie congénitale <input type="checkbox"/> Lésions au niveau de la substance blanche ou hémorragies intra-ventriculaires

Fiche complétée le : ___ / ___ / 20__

Cachet ou signature du médecin :