

FORMULAIRE   COMPLÉTER PAR LE/LA TESTEUR/SE ET   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 Li ge - Tour 2, Etage 6 - B35 – Avenue de l'Hôpital, 1 - 4000 Li ge

IDENTIFICATION DU MÉDECIN	IDENTIFICATION DE L'ENFANT	IDENTIFICATION DES PARENTS
NOM : PRÉNOM : HÔPITAL :	NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : MATERNITÉ DE NAISSANCE : NUMÉRO DE DOSSIER :	NOM DU PÈRE : NOM DE LA MÈRE : ADRESSE DES PARENTS : NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :

OREILLE DROITE :

TYPES DE TESTS :	<input type="checkbox"/> OEAA <input type="checkbox"/> OEA <input type="checkbox"/> PEAA <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> ASSR	<input type="checkbox"/> Otoscopie <input type="checkbox"/> Tympanom�trie <input type="checkbox"/> Audiométrie
SI PEA � SEUIL	----- DB	
STATUT AUDITIF :	<input type="checkbox"/> Audition normale <input type="checkbox"/> Audition anormale	
TYPE(S) D'ATTEINTE :	<input type="checkbox"/> Atteinte de transmission provisoire <input type="checkbox"/> Atteinte de transmission définitive <input type="checkbox"/> Atteinte de perception <input type="checkbox"/> Neuropathie auditive	
DIAGNOSTIC POSÉ :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
COMMENTAIRES ÉVENTUELS :		

OREILLE GAUCHE :

TYPES DE TESTS :	<input type="checkbox"/> OEAA <input type="checkbox"/> OEA <input type="checkbox"/> PEAA <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> ASSR	<input type="checkbox"/> Otoscopie <input type="checkbox"/> Tympanom�trie <input type="checkbox"/> Audiométrie
SI PEA � SEUIL	----- DB	
STATUT AUDITIF :	<input type="checkbox"/> Audition normale <input type="checkbox"/> Audition anormale	
TYPE(S) D'ATTEINTE :	<input type="checkbox"/> Atteinte de transmission provisoire <input type="checkbox"/> Atteinte de transmission définitive <input type="checkbox"/> Atteinte de perception <input type="checkbox"/> Neuropathie auditive	
DIAGNOSTIC POSÉ :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
COMMENTAIRES ÉVENTUELS :		

Fiche complétée le : ___ / ___ / 20__

ENFANT RÉFÉRÉ AU CENTRE SPÉCIALISÉ : (NOM DU CENTRE) :

Cachet ou signature du médecin :

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 fœtal
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 :