

**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 (ÉTIQUETTE DE L'ENFANT)
NOM : PRÉNOM : HÔPITAL :	NOM : PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : <b>MATERNITÉ :</b> NUMÉRO DE DOSSIER :

SI L'ENFANT A ÉTÉ TRANSFÉRÉ DEPUIS UNE AUTRE MATERNITÉ, VEUILLEZ INDIQUER LA MATERNITÉ OU LE LIEU DE NAISSANCE	<b>MATERNITÉ/LIEU DE NAISSANCE :</b>
--	--------------------------------------

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 <sup>er</sup> test		2 <sup>ème</sup> test	
Date	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....	...../...../.....
<i>(Cases à cocher)</i>	<b>OD</b>	<b>OG</b>	<b>OD</b>	<b>OG</b>
<b>PASS (concluant)</b>				
<b>REFER (non concluant)</b>				

6. MOTIF D'UN TEST NON RÉALISÉ :	<input type="checkbox"/> Refus des parents → Motif : ..... <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 : ...../...../.....

*CETTE PARTIE DU FORMULAIRE EST   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 (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)*

<b>DÉFICIENCE AUDITIVE GÉNÉTIQUE</b>	<input type="checkbox"/> Antécédents familiaux de surdité héréditaire (ex : parents, grands-parents, frère/s�ur ou cousins) <input type="checkbox"/> Consanguinité du 1 <sup>er</sup> ou 2 <sup>�me</sup> degré (ex : les parents ou grands-parents sont cousins germains) <input type="checkbox"/> Malformations et syndromes associés à une d�ficiency auditive <input type="checkbox"/> Malformations isolées du pavillon auriculaire
<b>INFECTION CONGÉNITALE</b>	<input type="checkbox"/> CMV <input type="checkbox"/> Toxoplasmose <input type="checkbox"/> Rubéole <input type="checkbox"/> Syphilis
<b>INTOXICATION MATERNELLE DURANT LA GROSSESSE</b>	<input type="checkbox"/> Présence de syndrome d'alcoolisme fœtal
<b>CONDITIONS NÉONATALES SPÉCIFIQUES</b>	<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)
<b>SOINS MÉDICAUX</b>	<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, ...)
<b>MALADIES SPÉCIFIQUES</b>	<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 : .....