

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 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"/> Otoscopie <input type="checkbox"/> OEA <input type="checkbox"/> Tympanométrie <input type="checkbox"/> PEAA <input type="checkbox"/> Audiométrie <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> ASSR
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 <input type="checkbox"/> Atteinte non déterminée
DIAGNOSTIC POSÉ :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COMMENTAIRES :	

OREILLE GAUCHE :

TYPES DE TESTS :	<input type="checkbox"/> OEAA <input type="checkbox"/> Otoscopie <input type="checkbox"/> OEA <input type="checkbox"/> Tympanométrie <input type="checkbox"/> PEAA <input type="checkbox"/> Audiométrie <input type="checkbox"/> PEA <input type="checkbox"/> ASSR
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 <input type="checkbox"/> Atteinte non déterminée
DIAGNOSTIC POSÉ :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
COMMENTAIRES :	

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 (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 :