

RESULTAT DE PHASE 2

Cher confrère,

Je viens d'examiner et tester l'enfant : _____

né(e) le : ___ / ___ / _____ à la maternité de : _____

chez lequel les tests de vérification de l'audition : **OEAp** **PEAa** réalisés en période néonatale n'avaient pas permis de valider une audition concluante.

Résultats du contrôle de PHASE 2 :

Test réalisé le :	
Type de test utilisé : OEA <input type="checkbox"/> PEA classiques <input type="checkbox"/> PEAa <input type="checkbox"/> FDR <input type="checkbox"/>	
Oreille droite	Concluant <input type="checkbox"/>
	Non Concluant <input type="checkbox"/>
Oreille gauche	Concluant <input type="checkbox"/>
	Non Concluant <input type="checkbox"/>

Si TEST non concluant sur les 2 oreilles, rendez-vous de PHASE 3 prévu (dans les 2 à 3 semaines) :

le _____ à _____ h _____

auprès de (nom du médecin) : _____

- Service d'ORL** – Hôpital de Mercy – CHR METZ - 1 Allée du Château - 57530 ARS-LAQUENEXY
tél. **03.87.18.62.49**
- Service d'ORL** – Hôpital Robert Schuman – HP METZ - rue du Champs Montoy - 57070 VANTOUX
tél. **03.57.84.28.75**
- CAMSP DA** - 2 rue Joseph Piroux - 54140 JARVILLE LA MALGRANGE
tél. : **06.99.19.97.05 - 03 83 55 64 28**
- Service d'ORL-Audiophonologie** – CHRU – 29 Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny, 54000 NANCY
tél. : **03.83.85.20.32**

Tampon et signature

Cette annexe est à transmettre à :

Coordination Audition Lorraine

Réseau Périnatal Lorrain - 10 rue du Docteur Heydenreich – 54042 NANCY Cedex

Tél. : 03 83 85 22 30 – Fax : 03 83 34 44 49

avec double aux parents SI rendez-vous de PHASE 3