

FICHE DE SUIVI AUDITION

après envoi du carton de Guthrie

Etiquette enfant :

Merci de coller, ci-dessous, une grande étiquette et d'y ajouter **le téléphone de la famille**.

A défaut, merci de coller une petite étiquette et d'ajouter le **nom de naissance de la mère, son prénom, l'adresse et le téléphone de la famille**.

Identification STRUCTURE + SERVICE	NOM et prénoms de l'enfant : Date de naissance : NOM de naissance et prénom de la mère : Adresse : Téléphone :
---	--

Terme : __ __ SA + __ jours			
Poids de naissance : __ __ __ __ g			
Nom du testeur :			
Date du test :			
Type de test utilisé :	OEA <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 2 prévu** :

le _____ à _____ h _____

auprès de (nom et adresse du médecin) : _____

Commentaires éventuels :

Vérification de l'audition proposée le _____, non souhaitée par les parents
 dans ce cas, **impérativement** faire parvenir l'annexe 5 (enregistrement de cette décision parentale) à la Coordination

Fiche 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

*donnée facultative : à cocher si facteur(s) de risque connu(s)