



FICHE DE LIAISON MATERNITÉ/NÉONATOLOGIE

A TRANSMETTRE À LA COORDINATRICE DÉPISTAGE DE L'AUDITION DU RÉSEAU PÉRINAT

Service ayant réalisé le test de dépistage : Maternité Néonatalogie
Du : CHAR CHK CHOG Clinique Véronique Autre :

NOM Prénom :
 IPP :
 Date de Naissance :/...../.....
 ou **Étiquette Bébé**

NOM Prénom :
 IPP :
 Date de Naissance :/...../.....
 ou **Étiquette Maman**

Adresse parents :

 Téléphone parents :

Le dépistage auditif n'a pas pu être réalisé car :

- N-Né à risque de surdité** :
- F topathie virale ou malformative (ZIKA, CMV...)
 - Antécédents familiaux
 - Antibiothérapie :
 - Aminosides > 5jours (Gentamicine, Amikamicine)
 - Vancomycine
 - Prématurité < 35 SA
 - Méningite
 - Ictère, avec bilirubine > 280 mol/L à terme

1^{er} test :

Date :/...../.....

Méthode : PEA Autre :

	Normal	A surveiller
OD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2^{ me} test :

Date :/...../.....

Méthode : PEA Autre :

	Normal	A surveiller
OD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Rendez-vous le :/...../.....
 Au : CHAR CHK CHOG Autre.....
 Avec : Mme DOUTONE Dr HANNACHI Dr FRANDJEU
 Autre.....



PARTIE A DÉTACHER ET A FIXER DANS CARNET DE SANTÉ DE L'ENFANT

NOM Prénom :
 IPP :
 Date de Naissance :/...../.....
 ou ** tiquette Bébé**

Le test de dépistage néonatal pratiqué à 2 reprises n'a pas permis de préciser la qualité de l'audition sur :

L'oreille droite L'oreille gauche
 Les 2 oreilles

Le dépistage auditif n'a pas pu être réalisé car :

Rendez-vous le :/...../.....
 Au : CHAR CHK CHOG Autre.....
 Avec : Mme DOUTONE Dr HANNACHI Dr FRANDJEU
 Autre.....



FICHE DE LIAISON CONSULTATION ORL – RPG / CONCLUSION ORL
A TRANSMETTRE AU RÉSEAU PÉRINAT GUYANE – DÉPISTAGE DE L'AUDITION

NOM Prénom Enfant :

Date de Naissance :/...../..... Médecin traitant :

NOM Prénom parent(s) :

Adresse parents :

.....Téléphone parents :

Consultation Audiologie / ORL : Date de la consultation:/...../.....

Au : CHAR CHK CHOG Avec :

Non venu Nouvelle date de consultation :/...../.....

Diagnostic :

Age à la confirmation du diagnostic (en mois) :

Surdité : Non Bilatérale Unilatérale : Droite Gauche

Degré de surdité (dB) : Droite : Gauche :

Niveau de surdité : Moyen [41 à 70 dB] Profond [71 à 90 dB]

Sévère [71 à 90 dB] Totale [> 91 dB]

Type de surdité : Transmission Neurosensorielle endocochléaire

Neuropathie auditive Mixte

Présence de facteurs de risque : (Familiaux, réanimation néonatale, méningite, autres) préciser :

.....

Troubles associés (préciser si connus) :

Appareillage : Oui (âge à l'appareillage en mois) : Non

Implantation cochléaire prévue : Oui Non

Orientation : Oui Non Ne sait pas

Libérale (préciser nom du praticien) :

Institutionnelle (Préciser établissement / Référent) :

✂

*Enfant en attente de RDV pour une consultation ORL
suite au dépistage réalisé à la naissance n'ayant pas été validé.*

*Merci de signaler au Réseau Périnatal Guyane la réalisation de
cette consultation ainsi que les résultats de celle-ci.*

Perinatenfantvulnerable973@gmail.com