



RESULTATS DE TESTS AUDITIFS REALISES DANS LE CADRE DU PROGRAMME NATIONAL DE DEPISTAGE DE LA SURDITE PERMANENTE NEONATALE (1)
 A nous retourner par **fax : 01 40 27 99 88** ou par **mail : coordination@cfdna.fr**

IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM : _____ **Prénom :** _____
NOM naiss de la mère : _____
Né(e) le : / / **à la maternité :** _____

Il s'agit **DU PRIMO TEST** de dépistage différé de l'enfant qui n'a pu être réalisé avant pour la raison suivante (**précisez**) :

Il s'agit **D'UN TEST DE CONTROLE** suite à un primo test non concluant dont les résultats étaient les suivants :

	Normal	A surv	PEA <input type="checkbox"/>	OEA <input type="checkbox"/>
OD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date :	
OG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lieu :	

RESULTATS DU TEST

	Normal	A surveiller	PEA <input type="checkbox"/>	OEA <input type="checkbox"/>	Autre (précisez) <input type="checkbox"/>
OD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Date :	/	/
OG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Réalisé par :		
			Lieu :		
Audition normale	<input type="checkbox"/>				
Enfant à revoir		<input type="checkbox"/> *			
Commentaires :	_____				

* Prochain RDV le : / / **Avec :** _____
Lieu et tél : _____

