Fiche « diagnostic surdité »
A remplir pour tout PEA DIAG (normal ou anormal)
A renvoyer à la CFDNA

Cordonnées de la CFDNA
Fax : 01 40 27 99 88
Mail : coordination@cfdna.fr

1

Date de la consultation : ..... …./…../……

Identification du praticien : ....

<u>Identification de l'enfant</u>

Nom: **.....……..**

Prénom : ……...

Date de naissance : …./…./… LIEU de naissance :

Adresse : …….

Téléphone : .....Mail : ……@.....

<u>Antécédents</u> ***<u>(à remplir si PEA pathologiques)</u>*****:**

Terme : **…….** SA
Poids de naissance : **……** grammes
Antécédents familiaux de surdité avant 50 ans : □ non □ n.c □ oui
Infection in utero : □ non □ n.c □ oui *(à préciser)*
Si oui *:*
- CMV
- toxoplasmose
- rubéole
- Syphilis
- Herpès
- Autres

Méningite bactérienne □ non □ n.c □ oui
Malformation crânio-faciale □ non □ n.c □ oui *(à préciser)*
Hyperbillirubénémie avec taux > *350*µmol/l □ non □ n.c □ oui
Aminosides plus de 5 jours □ non □ n.c □ oui *(à préciser)*
Ventilation mécanique prolongée (> 10 jours) □ non □ n.c □ oui
Signes cliniques d'un syndrome génétique □ non □ n.c □ oui *(à préciser)*
Autres (à préciser)

Résultats des PEA :

Oreille droite : □ Audition normale □ Seuil à ……..dB
Oreille gauche : □ Audition normale □ Seuil à ……..dB

Conclusion :

Surdité : □ OUI □ NON □ Diagnostic en cours

Si oui : □ Légère □ Moyenne □ Sévère □ Profonde
/ □ Perception □ Transmission □ Non déterminé
……
……
……
……

-Adressé à un CDOS : □ OUI □ NON
Si oui : Nom du CDOS …….. Nom de l'ORL…….

-Adressé à un centre de prise en charge et d'accompagnement : □ OUI □ NON
Si oui, nom de la structure : .....