

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

A renvoyer à la CFDNA

Fax : 01 40 27 99 88

Mail : coordination@cfdna.fr

Date de la consultation : / / avec :

1

Identification de l'enfant

Nom:

Prénom :

Date de naissance :

LIEU de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Antécédents (à remplir si PEA pathologiques):

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)

Hyperbilirubénémie avec taux > 350µmol/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 de l'examen :

Oreille droite	<input type="checkbox"/> Normale	Seuil	dB	<input type="checkbox"/> PEAA	<input type="checkbox"/> PEA seuils
	<input type="checkbox"/> Suspecte	Seuil	dB	<input type="checkbox"/> ASSR	
Oreille gauche	<input type="checkbox"/> Normale	Seuil	dB	<input type="checkbox"/> PEAA	<input type="checkbox"/> PEA seuils
	<input type="checkbox"/> Suspecte	Seuil	dB	<input type="checkbox"/> ASSR	

CONCLUSION

Audition normale

Diagnostic en cours → **Rdv le :** / / 20

Surdité unilatérale

Surdité bilatérale

Type : Perception Transmission Non déterminé

Degré : Légère Moyenne Sévère Profonde

Commentaires :

Adressé à un CDOS : OUI NON

Nom du CDOS : _____ **Nom de l'ORL :** _____

Adressé à un centre de prise en charge et d'accompagnement : OUI NON

Nom de la structure : _____