

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 :

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 ☐ ouiInfection 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 > 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**☐ Normale

Seuil _____ dB

☐ PEAA☐ PEA seuils☐ Suspecte

Seuil _____ dB

☐ ASSR**Oreille gauche**☐ Normale

Seuil _____ dB

☐ PEAA☐ PEA seuils☐ Suspecte

Seuil _____ dB

☐ ASSR**CONCLUSION**Audition normale ☐Diagnostic en cours ☐ → Rdv le : / / 20Surdité unilatérale ☐Surdité bilatérale ☐Type : ☐ Perception ☐ Transmission ☐ Non déterminéDegré : ☐ 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 :