

# Formulaire à compléter par le gynécologue et/ou le pédiatre

## DANS LE CADRE DU DÉPISTAGE AUDITIF NÉONATAL

Je soussigné, .....  
certifie que

Identification l'enfant

Présente le(s) facteur(s) de risque suivant(s)  
(Cochez le(s) facteur(s) de risque dans la liste suivante)

### Facteurs de risque :

- Antécédents familiaux de surdité héréditaire
- Consanguinité au 1er degré (les parents sont cousins germains)
- Infection in utero par le CMV, la toxoplasmose, l'herpès, la rubéole, la syphilis
- Intoxications diverses (alcool, stupéfiants) chez la mère pendant la grossesse
- Apgar de 0 à 6 à 5 minutes
- Age gestationnel < 36 semaines et/ou poids de naissance < 1500 grammes
- Séjour en soins intensifs néonataux de plus de 5 jours
- Médication ototoxique chez le nouveau-n 
- Exsanguino-transfusion (cfr courbes de références) (hyperbilirubinémie, incompatibilité Rhésus)
- Ventilation assistée pendant 24 heures ou plus
- Malformation tête et cou et par extension tout syndrome polymalformatif associé à une hypoacousie\*
- Maladie neurologique chez le nouveau-n  (méningite,...)
- Maladie endocrinienne chez le nouveau-n  (pathologie thyroïdienne,...)

Le ...../...../.....

Nom du gynécologue

Nom du pédiatre

.....

.....



\*(si nécessaire, cfr [www.orpha.net](http://www.orpha.net))