

# A compléter par l'ORL et à retourner au Centre de dépistage néonatal

## Résultats du dépistage surdité

Identification de l'enfant

Nom de l'ORL (mettre le cachet)

Test réalisé :  OEP  PEA

Résultat du test clinique : O.D.  Pass (Normal)  Refer (Anormal)      O.G.  Pass (Normal)  Refer (Anormal)

Facteur(s) de risque d'hypoacousie : .....

Diagnostic :  Audition normale bilatérale  
 Enfant à revoir  
 Audition anormale → Seuil O.D. : .....  
Seuil O.G. : .....

**Si audition anormale :**

- atteinte de transmission : provisoire       atteinte de perception  
 atteinte de transmission : définitive       neuropathie auditive

Fiche remplie le : (date) ..... / ..... / .....

Enfant référé au centre spécialisé : (nom du centre) .....

