

FICHE DE SUIVI AUDITION -TEST DIFFERE PHASE 1

réalisé après envoi du carton de Guthrie

<p>Identification STRUCTURE + SERVICE</p>	<p>Etiquette enfant ou merci de remplir : NOM et prénoms de l'enfant : Date de naissance : _____</p> <p>NOM de naissance et prénom de la mère : Adresse : Téléphone :</p>
---	---

Terme : __ __ SA + __ jours	
Poids de naissance : __ __ __ __ g	
Nom du testeur :	
Date du test :	FDR+* <input type="checkbox"/>
Type de test utilisé :	OEA <input type="checkbox"/> PEAa <input type="checkbox"/>
Oreille droite	Positif <input type="checkbox"/>
	Non concluant <input type="checkbox"/>
Oreille gauche	Positif <input type="checkbox"/>
	Non concluant <input type="checkbox"/>

*FDR+ : cocher si facteur de risque de surdité

Si TEST non concluant sur les 2 oreilles, rendez-vous de PHASE 2 prévu :

le à h

auprès de (nom, profession et lieu d'exercice) :

Commentaires  ventuels :

Vérification de l'audition proposée le _____, non souhaitée par les parents.
 Dans ce cas, **impérativement** faire parvenir la fiche refus de dépistage (enregistrement de cette décision parentale)   la Coordination.