



DT9270

## DÉPISTAGE AUDITIF

Programme québécois de dépistage de la surdité  
chez les nouveau-nés (PQDSN)

Centre de dépistage	Date (année, mois, jour)	Nombre de semaines de gestation semaines      jours	Âge au dépistage (spécifier « corrigé » si applicable)
---------------------	--------------------------	--	---

### FACTEUR(S) DE RISQUE DE SURDITÉ

AUCUN facteur de risque de surdité identifié

Facteur(s) de risque de surdité identifié(s) :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="radio"/> Antécédents de surdité familiale | <input type="radio"/> Très faible poids à la naissance : < 1500 g |
| <input type="radio"/> Infection congénitale TORCH      | <input type="radio"/> Prématurité : < 29 semaines de gestation    |
| <input type="radio"/> Malformation cranio-faciale      | <input type="radio"/> Troubles respiratoires                      |
| <input type="radio"/> Syndrome avec surdité associée   | <input type="radio"/> Troubles neurologiques                      |
| <input type="radio"/> Hyperbilirubinémie               | <input type="radio"/> Dosage excessif de médication ototoxique    |

Facteur(s) de risque de surdité exigeant  
une évaluation complète en audiologie :

- Méningite bactérienne ou virale confirmée
- Anotie, microtie, atrésie
- Séjour prolongé du nouveau-né à l'USIN  
(a atteint l'âge corrigé de 3 mois)

### RÉSULTATS DES TESTS DE DÉPISTAGE AUDITIF ET RECOMMANDATIONS

<b>Oreille gauche</b>	<input type="checkbox"/> Réussite	<input type="checkbox"/> Reprise	<input type="checkbox"/> Incomplet	<b>Oreille droite</b>	<input type="checkbox"/> Réussite	<input type="checkbox"/> Reprise	<input type="checkbox"/> Incomplet
-----------------------	-----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------	-----------------------	-----------------------------------	----------------------------------	------------------------------------

RÉUSSITE DU DÉPISTAGE

*Audition probablement normale.  
Une surdité évolutive ou tardive ne peut être exclue.*

Fin de la participation au PQDSN. La surveillance parentale et médicale des comportements auditifs et langagiers attendus selon l'âge demeure essentielle.

Présence de facteur(s) de risque de surdité évolutive ou tardive :

Dirigé pour une surveillance en audiologie

à l'âge de \_\_\_\_\_ mois (âge corrigé)

Les parents sont responsables de communiquer avec le centre hospitalier

\_\_\_\_\_ afin de fixer un rendez-vous.

Dirigé pour une surveillance en audiologie à l'âge de 3 mois (âge corrigé)

Le centre de confirmation diagnostique :

\_\_\_\_\_ communiquera avec les parents afin de fixer un rendez-vous.

DIRIGÉ AU DÉPISTAGE EN EXTERNE

Résultats attendus non obtenus au dépistage en cours de séjour : Raisons possibles : temporaires (liquide ou débris dans l'oreille) ou permanentes (surdité).

Dépistage non fait en cours de séjour : Nouveau-né a quitté avant que l'on puisse effectuer le(s) test(s) de dépistage.

Rendez-vous fixé (centre de dépistage)

Date : \_\_\_\_\_ Année      Mois      Jour      Heure : \_\_\_\_\_

Le centre de dépistage communiquera avec les parents pour le rendez-vous.

DIRIGÉ AU CENTRE DE CONFIRMATION DIAGNOSTIQUE

Dépistage non réussi : Évaluation complète en audiologie nécessaire (le bébé n'a pas nécessairement une surdité permanente).

Dépistage non fait : Facteur de risque de surdité identifié exigeant une évaluation complète en audiologie.

Le centre de confirmation diagnostique :

\_\_\_\_\_ communiquera avec les parents afin de fixer un rendez-vous.

FIN DE LA PARTICIPATION AU PQDSN EN RAISON DE :

Décès du nouveau-né

Non consentement des parents en cours de protocole

Nouveau-né en soins palliatifs

<b>Nom et signature</b>	Nom (en lettres moulées)	Signature
-------------------------	--------------------------	-----------