CENTRE RÉGIONAL DE DÉPISTAGE NÉONATAL BOURGOGNE FRANCHE-COMTÉ

CHU Dijon Bourgogne

Secrétariat :
☎ 03.80.29.33.47
🖷 03.80.29.38.36
✉ secretariat.crdn@chu-dijon.fr

INFORMATION SUR L'UTILISATION DES CARTONS VIERGES

Le carton vierge n'est pas un buvard, mais un modèle papier réalisé en **version recto-verso.** Vous pouvez l'imprimer et le découper (2 par page).

Il devra être envoyé dans les situations suivantes :

1. Pour le contrôle de l'exhaustivité du dépistage métabolique (recto du modèle) lorsque :
   - un enfant décède avant Guthrie pour le suivi des numéros d'accouchement
   - un enfant est transféré avant Guthrie
2. Pour la communication des résultats des tests de surdité lorsqu'ils sont faits à distance du Guthrie (verso du modèle).

CARTON VIERGE

Enfant **TRANSFÉRÉ** ☐ ou **DÉCÉDÉ*** ☐ avant J3

NOM : ……..…….. **Né(e) le** : …….

Prénom : ……..

Sexe : M ☐ **F** ☐ **Terme (SA) :** ……..
Poids (g) : ……..

Nom J.F. Mère : ……..

Lieu d'accouch^{t} : …… **N° d'accouch^{t} :** ……..

Lieu de transfert : ……

*__Enfant décédé : Ne remplir que le lieu d'accouchement et le n° d'accouchement__.

CARTON VIERGE

Enfant **TRANSFÉRÉ** ☐ ou **DÉCÉDÉ*** ☐ avant J3

NOM : ……..…….. **Né(e) le** : …….

Prénom : ……..

Sexe : M ☐ **F** ☐ **Terme (SA) :** ……..
Poids (g) : ……..

Nom J.F. Mère : ……..

Lieu d'accouch^{t} : …… **N° d'accouch^{t} :** ……..

Lieu de transfert : ……

*__Enfant décédé : Ne remplir que le lieu d'accouchement et le n° d'accouchement__.

CARTON VIERGE

Résultats tests SURDITÉ

NOM : ……..…….. **Né(e) le :** …….

Prénom : ……...**Sexe : M** ☐ **F** ☐

Nom J.F. Mère : ……..

Lieu d'accouch^{t} : …… **N° d'accouch^{t} :** ……..

1er test	**Date :**		**Retest**	**Date :**	
	Lieu :			**Lieu :**	
	Nom opérateur :			**Nom opérateur :**	
Méthode	**OEA** ☐	**PEA** ☐	**Méthode**	**OEA** ☐	**PEA** ☐
	Normal	**A surveiller**		**Normal**	**A surveiller**
OD	☐	☐	**OD**	☐	☐
OG	☐	☐	**OG**	☐	☐

CARTON VIERGE

Résultats tests SURDITÉ

NOM : ……..…….. **Né(e) le :** …….

Prénom : ……...**Sexe : M** ☐ **F** ☐

Nom J.F. Mère : ……..

Lieu d'accouch^{t} : …… **N° d'accouch^{t} :** ……..

1er test	**Date :**		**Retest**	**Date :**	
	Lieu :			**Lieu :**	
	Nom opérateur :			**Nom opérateur :**	
Méthode	**OEA** ☐	**PEA** ☐	**Méthode**	**OEA** ☐	**PEA** ☐
	Normal	**A surveiller**		**Normal**	**A surveiller**
OD	☐	☐	**OD**	☐	☐
OG	☐	☐	**OG**	☐	☐