

Recto



Ne pas toucher la surface de dépôt d'échantillon ni utiliser si abimées.



Centre de Dépistage Néonatal
Laboratoire de biochimie génétique
Centre Hospitalier Universitaire de Liège
Domaine Universitaire du Sart Tilman B35
4000 Liège
Tél. 04 366 76 95 - Fax 04 366 94 74

ACCOUCHEMENT

<input type="checkbox"/> Maternité	<input type="checkbox"/> Acc. à domicile
Nom Mat.:	Identifiant :
Nom Médecin (+cachet) :	

Dépistage Néonatal Contrôle Dépistage Diagnostic/Suivi

Nom du père: _____

Nom de la mère: _____

Prénom de l'enfant: _____

Sexe: M - F Grossesse Gémellaire: Oui

Date de naissance: / /

Heure de naissance: h min

Poids de naissance: kg g Age Gest.: s j

Alimentation: Sein Artificielle Mixte Parentérale

Transfusion sanguine: Non Oui le/...../.....

Médication/Pathologie: _____

PRÉLÈVEMENT

Lieu de Prélèvement: <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Domicile <input type="checkbox"/> Néonat. <input type="checkbox"/> Autre
Nom Préleveur (+cachet) :

Date de prélèvement: / /

Heure de prélèvement: h min

Poids au prélèvement: kg g



L065301 SN

SN L065301

Verso

Analyses biochimiques:

Obligatoire subsidié (remplir 2 cercles svp):

*Aminoacidopathie, Acylcarnitines,
Hypothyroïdie congénitale, Galactosémie*

Facultatif (remplir 1 cercle et cocher svp):

Mucoviscidose (Trypsine)

Hyperplasie surrénalienne (170HP)

Alpha-1-antitrypsine (A1AT)

ETUDE pilote + réserve (remplir 2 cercles svp):

*Hémoglobinopathie, Favisme, Déficit en
Biotinidase*

Placer ici votre étiquette
autocollante d'identification

Surdité



LOT 7154110 2022-08-31 MD CE 903™
 ref CMC O'Hara & Lange N16 CP 29006 Malaga, Spain +34851214054

DEPISTAGE NEONATAL DE LA SURDITE

Test réalisé à : Maternité Centre néonatal
 Consult. ORL Autre :

Facteur de risque :

Méthode : OEAA PEAA PEA

	1 ^{er} examen		2 ^{ème} examen	
Date/...../...../...../...../...../...../...../.....
Cases à cocher	OD	OG	OD	OG
PASS (nl)				
REFER (an)				

Motif d'un test non réalisé

Enfant sorti de la maternité Refus des parents Enfant décédé

Test à réaliser ailleurs :

Enfant transféré à :

Test différé, raison :

Enfant référé pour diagnostic :

Identification de l'ORL

Date prévue du rendez-vous :/...../.....

Eastern Business Forms 530 Old Sulphur Springs Rd.
 Greenville, SC 29607, USA

REF 10550065
 Rev. AD