

## Résultats du test de statut de porteur de gènes de la déficience auditive permanente

### Formulaire de demande

Veuillez remplir ce formulaire pour demander les résultats du dépistage des facteurs de risque génétiques pour une déficience auditive permanente (DAP) chez un enfant. Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.

Pour des raisons de confidentialité et pour assurer la protection de l'enfant, ce formulaire **doit être rempli par le fournisseur de soins de santé de l'enfant ou** par la mère de l'enfant (la mère est le seul tuteur connu de DNO, car son nom nous est envoyé avec l'échantillon de dépistage néonatal). Si ces résultats sont demandés par un autre tuteur légal, veuillez envoyer à DNO le formulaire dûment rempli, accompagné d'une preuve de tutelle. **Les résultats seront communiqués au fournisseur de soins de santé mentionné ci-dessous.**

#### Informations sur l'enfant

NOM : *	PRÉNOM : *	DDN : (AAAA/MM/JJ) : * <input type="checkbox"/> Féminin* <input type="checkbox"/> Masculin*
_____	_____	____/____/____
ADRESSE : *	VILLE : *	CODE POSTAL : *
_____	_____	_____
TÉLÉPHONE : *	NUMÉRO RAMO / CARTE DE SANTE : *	HÔPITAL DE NAISSANCE : *
_____	_____	_____
L'enfant a-t-il une déficience auditive permanente? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

#### Informations sur la mère

NOM : *	PRÉNOM : *	DDN (AAAA/MM/JJ) : * _
_____	_____	____/____/____
ADRESSE DE LA MÈRE À LA NAISSANCE DE L'ENFANT : *	<input type="checkbox"/> Même que celle ci-dessus	_____
VILLE : *	CODE POSTAL : *	Numéro RAMO :
_____	_____	_____

**Fournisseur de soins de santé de l'enfant**  L'enfant n'a pas de fournisseur de soins de santé

NOM : *	TÉLÉPHONE : *	TÉLÉCOPIEUR : *
_____	_____	_____
ADRESSE DU BUREAU : *	VILLE : *	CODE POSTAL : *
_____	_____	_____
No de l'OMCO/du Collège :	C'est là que l'enfant reçoit ses soins de santé courants? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
_____		
Type de fournisseur: <input type="checkbox"/> Médecin de famille <input type="checkbox"/> Pédiatre <input type="checkbox"/> Sage-femme ; <input type="checkbox"/> Infirmière praticienne <input type="checkbox"/> Autres _____		

Dans quelle langue souhaitez-vous recevoir les résultats? \*  Français  Anglais

#### Qui remplit ce formulaire? \*

- Je suis la mère de l'enfant et son tuteur  Autres (veuillez imprimer le formulaire rempli et l'envoyer accompagné d'une preuve de la tutelle)
- Je suis le fournisseur de soins de santé de cet enfant et le parent ou le tuteur a demandé ces informations

#### Questions supplémentaires pour les parents (facultatif) :

Comment avez-vous appris que vous pouviez demander ces résultats? \_\_\_\_\_

#### Veuillez retourner le formulaire rempli à DNO :

Par POSTE: Dépistage néonatal Ontario  
415, chemin Smyth  
Ottawa, ON, K1H 8M8

Par télécopieur: 613-738-0853

#### Des questions?

Appelez DNO au : 1-877-NBS-8330 (1-877-627-8330)  
(613) 738-3222

Site Web : [www.newbornscreening.on.ca/fr](http://www.newbornscreening.on.ca/fr)

Courriel : [newbornscreening@cheo.on.ca](mailto:newbornscreening@cheo.on.ca)