

Pour des raisons de confidentialité et pour assurer la protection de l'enfant, ce formulaire doit être rempli par le parent de l'enfant, son tuteur, ou son fournisseur de soins de santé. Les résultats seront communiqués au fournisseur de soins de santé mentionné ci-dessous. **Nous ne sommes pas en mesure d'envoyer les résultats aux fournisseurs de soins de santé à l'étranger; nous recommandons de communiquer avec l'hôpital de naissance ou le cabinet de sage-femme pour obtenir le dossier médical complet de l'enfant. Les champs marqués d'un \* sont obligatoires.**

**Qui remplit ce formulaire?** Nom: \* \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone \* \_\_\_\_\_

- Rôle : \*
- Je suis le parent de cet enfant et le tuteur légal
  - Je suis le tuteur légal de cet enfant (j'enverrai ce formulaire à DNO accompagné du formulaire de preuve de tutelle dûment rempli).
  - Je suis le fournisseur de soins de santé de cet enfant (veuillez sélectionner le motif de votre demande) :

- Motif : \*
- Documents médicaux (par exemple, confirmation que le nourrisson a été soumis à un test de dépistage)
  - Le nourrisson ne va pas bien et je crains qu'il ne présente les symptômes d'une maladie visée par le dépistage néonatal
  - Le nourrisson est exposé à un risque de maladie visée par le dépistage néonatal (par exemple, antécédents familiaux)

**Les réponses aux demandes de résultats à des fins de documentation seront fournies dans un délai de 14 jours. Il est toujours recommandé d'utiliser le SILO comme moyen le plus efficace d'accéder aux résultats :**

**<https://ehealthontario.on.ca/fr/standards/ontario-laboratories-information-system-standard>**

## Informations sur l'enfant

NOM : *	PRÉNOM : *	DDN : (AAAA/MM/JJ) *	<input type="checkbox"/> F *	<input type="checkbox"/> M *
_____ / _____ / _____				
ADRESSE : *	VILLE : *	CODE POSTAL : *		
_____				
TÉLÉPHONE : *	Numéro RAMO/CARTE DE SANTÉ:	HÔPITAL DE NAISSANCE :		
_____				
Numéro du formulaire de dépistage néonatal :				
_____				

## 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

NOM : *	TÉLÉPHONE : *	TÉLÉC : *
_____		
INSTITUT/ÉTABLISSEMENT :		
_____		
ADRESSE : *	VILLE : *	CODE POSTAL : *
_____		
No de l'OMCO/du Collège :	C'est là que l'enfant reçoit ses soins de santé courants?	<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> Je ne sais pas
_____		

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

PAR POSTE : Dépistage néonatal Ontario  
415, chemin Smyth  
Ottawa (Ontario) K1H 8M8

Des questions? : 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)