



FFRSP

Fédération Française
des Réseaux de Santé en Périnatalité

FORMULAIRE TYPE DE REFUS PARENTAL DU DEPISTAGE AUDITIF NEONATAL

Identité de l'enfant :

Nom :

Prénom :

DN :

Lieu de naissance :

Je soussigné(e) :

NOM : _____ Prénom(s) : _____ née le : __ / __ / __, la mère,

NOM : _____ Prénom(s) : _____ né le : __ / __ / __, le 2^{ème} parent

reconnaissons avoir reçu une information orale et écrite précisant tout l'intérêt pour l'enfant de bénéficier du dépistage néonatal de la surdité prévu dans le cadre du programme national de dépistage néonatal (**arrêté du 23 avril 2012 relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale**) :

par _____ (nom du professionnel de santé)

le __ / __ / ____ à _____

et refusons la réalisation de cet examen pour notre enfant.

Fait le : __ / __ / ____

à _____

Signature de la mère :

Signature du 2^{ème} parent :

Signature du professionnel de santé :

1 exemplaire pour le dossier médical de l'enfant

1 exemplaire pour les parents