



**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<sup>ème</sup> 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<sup>ème</sup> parent :

Signature du professionnel de santé :

1 exemplaire pour le dossier médical de l'enfant

1 exemplaire pour les parents