

Emmenez cette carte avec vous lorsque vous rendez chez le médecin de votre enfant ou à vos rendez-vous en audiologie.



Dans la mesure du possible, les tests doivent être réalisés sous un mois.

Nom du bébé: \_\_\_\_\_ Date de naissance: \_\_\_\_\_

Nom de la mère/du tuteur légal: \_\_\_\_\_

Nous avons procédé à un **dépistage auditif** avec réponse évoquée auditive du tronc cérébral

Automatisée ABR or  OAE ou un test AOE le \_\_\_\_\_ pour votre enfant.

**Les tests réalisés indiquent que votre bébé:**

**OREILLE DROITE:**

- Validé (Voir au verso)
- Les résultats n'ont pas été satisfaisants, et des examens complémentaires sont nécessaires.
- Nous n'avons pas pu procéder aux examens, et des examens additionnels sont nécessaires.

**OREILLE GAUCHE:**

- Validé (Voir au verso)
- Les résultats n'ont pas été satisfaisants, et des examens complémentaires sont nécessaires.
- Nous n'avons pas pu procéder aux examens, et des examens additionnels sont nécessaires.

Un rendez-vous a été pris pour vous \_\_\_\_\_  
(Date/Heure)

\_\_\_\_\_  
(Clinique/Hôpital)

\_\_\_\_\_  
(Adresse)

**OU**

\_\_\_\_\_  
(Téléphone)

Veuillez appeler \_\_\_\_\_ pour convenir d'un rendez-vous.  
(Nom/Téléphone)

Si souhaitez obtenir plus d'informations ou de l'aide pour localiser les prestataires de soins dont vous avez besoin, veuillez contacter le **Programme d'intervention et de dépistage précoce des problèmes auditifs** (Early Hearing Detection & Intervention Program) au:

**1-800-322-3722** ✦ **www.illinoisoundbeginnings.org** ✦ **courriel: ilsound@uic.edu**

# Une mention VALIDÉ (PASS en anglais) n'est pas pour la vie. De nouveaux examens doivent être réalisés à différentes étapes de la vie:

## NAISSANCE À 3 MOIS

- |   | OUI                      | NON                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Réaction aux sons forts   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Le son de votre voix l'apaise                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Tourne la tête vers vous lorsque vous parlez                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Les voix et les bruits forts le réveillent                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sourit quand on lui parle                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Semble reconnaître votre voix et elle l'apaise lorsqu'il pleure | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## DE 3 À 6 MOIS

- |  | OUI                      | NON                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Regarde vers le haut ou vers la source d'un bruit nouveau  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Réagit à « Non » et aux changements dans le ton de la voix | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Imité sa propre voix                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Les hochets et les bruits d'autres jouets l'amuse          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Commence à répéter des sons (ex. «oooo», «aaaa», «ba-ba»)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Les voix fortes l'effraient                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## DE 6 À 10 MOIS

- |   | OUI                      | NON                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Réagit quand on prononce son nom, à la sonnerie du téléphone et à la voix de quelqu'un, même lorsque ces bruits ne sont pas forts | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Comprend les mots se rapportant à des objets banaux (tasse, chaussure) et certaines expressions («au-revoir»)                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Babille, même lorsqu'il/elle est seul(e)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Commence à obéir, par exemple lorsque vous dites «viens ici»  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Regarde les choses lorsque quelqu'un en parle   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## DE 10 À 15 MOIS

- |  | OUI                      | NON                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Joue avec sa propre voix et s'en amuse   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Pointe les objets ou personnes familiers du doigt ou les regarde lorsqu'on lui demande de le faire | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Imité les mots et sons simples; peut utiliser quelques mots simples à bon escient                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Aime jouer à des jeux comme cache-cache ou J'ai volé ton nez                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## DE 15 À 18 MOIS

- |  | OUI                      | NON                      |
|--|--------------------------|--------------------------|
| • Exécute des consignes simples, comme «passe-moi le ballon»         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Utilise souvent les mots appris                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Fait des phrases de 2 à 3 mots pour dire ou demander quelque chose | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Connaît entre 10 et 20 mots  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## DE 18 À 24 MOIS

- |   | OUI                      | NON                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Comprend les questions simples, comme («Est-ce que tu as faim ?»)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Comprend les énoncés simples, comme («dans la tasse», «assied-toi») | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Aime qu'on lui lise des livres                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Pointe du doigt sur des images lorsqu'on le lui demande             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## DE 24 À 36 MOIS

- |   | OUI                      | NON                      |
|---|--------------------------|--------------------------|
| • Comprend « Pas maintenant » et « Il n'y en a plus »                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Choisit les choses selon leur taille (grand, petit)                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Exécute des consignes simples, comme «va chercher tes chaussures»       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Comprend divers mots désignant une action, comme sauter, danser, courir | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Si la santé auditive de votre enfant vous préoccupe, contactez le médecin qui le suit. Si vous avez besoin d'aide pour trouver un audiologiste, appelez le service des soins pédiatriques spécialisés (Division of Specialized Care for Children) de l'UIC au +1-800-322-3722 ou rendez-vous sur [ehdi-pals.org](http://ehdi-pals.org).