Nom :
Prénom :
DN :
(coller étiquette)

Compte rendu de Consultation ORL
(Syndrome de TURNER)

Date Consultation ORL : / / **NOM médecin ORL :……**

ATCD ORL :

Evènements ORL depuis la dernière Cs
Otites ? : Fréquence Traitement ?
Chirurgie ?

Examen ORL : normal ☐ anormal ☐
Tympan droit :

Tympan gauche :

Fosses nasales :

Oropharynx :

Audiogramme non réalisé ☐ réalisé ☐ normal ☐
anormal ☐

	Surdité de transmission	Surdité de perception	Otoémissions *(facultatif)*	Test de sensibilisation *(facultatif)*
A droite				
A gauche				

Tympanogramme : OUI ☐ NON ☐
à droite :
à gauche :

CONCLUSION de la Cs ORL :

Conduite à tenir :
► *Surveillance simple*
Prochain rendez-vous souhaité dans …….. + audiogramme oui ☐ non ☐

► *Demande d'examen complémentaire ORL* (Scanner, IRM … ??) : Préciser ……..
Date de l'examen :……..
► *Indication à appareillage auditif* non ☐ oui ☐ préciser …….
► *Indication pose ATT*
- Explications données aux parents (risque et précautions évoqués) ☐
- Date de la consultation d'anesthésie : ……
- Date de la pose d'ATT : ……

► *Indication d'une tympanoplastie*
- Explications données aux parents (risques et précautions évoqués) ☐
- Date de la consultation d'anesthésie :……
- Date de l'intervention :……..

P.S. Nécessité d'une antibioprophylaxie périopératoire si valvulopathie à risque non ☐ oui ☐