

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

EXAMEN CLINIQUE

Examen respiratoire	Normal : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si NON, décrire : O ₂ : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Examen somatique autre	
POSTURE	Passe d'assis à debout avec appui : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Couché, se met assis seul : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Se déplace : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si non acquis à 9 mois : Tient assis sans appui : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Age d'acquisition : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois AC
COORDINATION OCULO-MOTRICE	Préhension pastille entre pouce et index : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui, âge d'acquisition <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> mois AC
LANGAGE	Double les syllabes : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Réagit à son prénom <input type="checkbox"/>
SOCIABILITE / AUTONOMIE	Mange seul (doigts - biberon) : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Regarde l'objet pointé par l'adulte : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
EXAMEN NEUROLOGIQUE	Activité motrice spontanée dissociée <input type="checkbox"/> Abduction des pouces D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Préférence manuelle D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Foulard > ligne médiane D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> < ligne médiane D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Angles adducteurs ≥ 100° <input type="checkbox"/> 80-90° <input type="checkbox"/> ≤ 80° <input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> Angles poplités D ≥ 110° <input type="checkbox"/> 90-100° <input type="checkbox"/> ≤ 80° <input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> G ≥ 110° <input type="checkbox"/> 90-100° <input type="checkbox"/> ≤ 80° <input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> Dorsiflexion pied lente D ≤ 80° <input type="checkbox"/> 90-100° <input type="checkbox"/> ≥ 110° <input type="checkbox"/> G ≤ 80° <input type="checkbox"/> 90-100° <input type="checkbox"/> ≥ 110° <input type="checkbox"/> Dorsiflexion rapide du pied : D identique <input type="checkbox"/> Str phasique <input type="checkbox"/> Str tonique <input type="checkbox"/> G identique <input type="checkbox"/> Str phasique <input type="checkbox"/> Str tonique <input type="checkbox"/> Côté du corps le plus tonique D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Axe : flexion ≥ extension <input type="checkbox"/> extension > flexion <input type="checkbox"/> Réflexe tonique asymétrique du cou présent <input type="checkbox"/> Conclusion : 0 / 1 / 2
VISION (voir page 20)	Strabisme <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Correction <input type="checkbox"/> Ex. ophtalmo : Skiascopie <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> rdv pris <input type="checkbox"/> Conclusion : 0 / 1 / 2
AUDITION (voir page A)	S'oriente au bruit <input type="checkbox"/> Examen réalisé éventuel : Conclusion : 0 / 1 / 2

PRISE EN CHARGE

	Actuelle (fréquence)	Date de début	Proposée
Kiné motrice	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
CAMSP de suivi	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
CAMSP de rééducation	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
ALD	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Date de la demande <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	