

Examen réalisé par : ..... Date d'examen : .....

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : ..... Age civil: | | | mois Age corrigé: | | | mois

N° TEL si changement : .....

**MENSURATIONS (à reporter sur les courbes - D/E - selon l'âge civil)**

**Poids :** g soit DS

**Taille :** cm soit DS

**PC :** cm soit DS

**ENTRETIEN**

**Amené par :** Mère  Père  Autre

**Problèmes de santé depuis la dernière consultation** OUI  lesquels :

**Hospitalisation depuis la dernière consultation** OUI  pour :

**Examens complémentaires depuis la dernière consultation** OUI  lesquels :

**Traitements en cours** OUI  lesquels :  
Scope  HAD   
Vaccins à jour : OUI  NON

**Habitudes et régime alimentaires** Appétit : Normal  Médiocre  Sélectif  Excessif   
Erreurs diététiques   
Précisions :

Troubles de l'oralité

**Évènements familiaux récents** OUI  lesquels :

**Environnement** Tabagisme passif parental  Conseil minimal donné

**Mode de garde** Collectivité  Famille  Assistante maternelle

**SIGNES FONCTIONNELS**

**Sommeil - pleurs** Trouble du sommeil : OUI  NON   
Endormissement : Seul sans problème   
Difficile   
Avec un de ses parents   
Sommeil nocturne continu OUI  NON   
Siestes : 0  1  2  3

**Troubles alimentaires** OUI  NON  lesquels :

**Vécu de l'hospitalisation** Bien vécu  Un peu difficile  Difficile  Très difficile

**Avis parents sur la qualité de vie** Pas de répercussion sur la vie familiale   
Contraintes modérées ayant peu d'impact sur la vie familiale   
Inquiétudes et contraintes importantes avec impact notable   
Impact très lourd ayant totalement bouleversé la famille

*Nom*

*Prénom*

*Date de naissance*

**EXAMEN CLINIQUE**

<b>Examen respiratoire</b>	Normal : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si NON, décrire : O <sub>2</sub> : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>Examen somatique autre</b>	
<b>POSTURE</b>	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"/> <i>Si non acquis à 9 mois : Tient assis sans appui : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/></i> <i>Age d'acquisition : I_I_I mois AC</i>
<b>COORDINATION OCULO-MOTRICE</b>	Préhension pastille entre pouce et index : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> <i>Si oui, âge d'acquisition I_I_I mois AC</i>
<b>LANGAGE</b>	Double les syllabes : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Réagit à son prénom <input type="checkbox"/>
<b>SOCIABILITE / AUTONOMIE</b>	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"/>
<b>EXAMEN NEUROLOGIQUE</b>	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 poplitées 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"/> <b>Conclusion : 0 / 1 / 2</b>
<b>VISION (voir page 20)</b>	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"/> <b>Conclusion : 0 / 1 / 2</b>
<b>AUDITION (voir page A)</b>	S'oriente au bruit <input type="checkbox"/> Examen réalisé éventuel : <b>Conclusion : 0 / 1 / 2</b>

**PRISE EN CHARGE**

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