

<b>EXAMEN 9 MOIS D'AGE CORRIGE</b> <b>DeveniRp2s</b>	Version_V03	N° Dossier
	1/2	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>

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 <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Problèmes de santé depuis la dernière consultation	OUI <input type="checkbox"/> lesquels :	
Hospitalisation depuis la dernière consultation	OUI <input type="checkbox"/> Pour :	
Examens complémentaires depuis la dernière consultation	OUI <input type="checkbox"/> lesquels :	
Traitements en cours	OUI <input type="checkbox"/> lesquels :  Scope <input type="checkbox"/> HAD <input type="checkbox"/> Vaccins à jour : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
Habitudes et régime alimentaires	Allaitement maternel <input type="checkbox"/> Artificiel <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Diversification alimentaire <input type="checkbox"/> âge de début  __ __  mois Précisions :  Troubles de l'oralité : <input type="checkbox"/>	
Evènements familiaux récents	OUI <input type="checkbox"/> lesquels :	
Environnement	Tabagisme passif parental <input type="checkbox"/> Conseil minimal donné <input type="checkbox"/>	
Mode de garde	Collectivité <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/>	
Vécu parental		
SIGNES FONCTIONNELS		
Sommeil - Pleurs	Trouble du sommeil : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Endormissement : Seul sans problème <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/> Avec un de ses parents <input type="checkbox"/> Sommeil nocturne continu OUI <input type="checkbox"/> Siestes : 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	
Troubles alimentaires	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> lesquels :	
Comportement observé par les parents		

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

<b>Examen respiratoire</b>	Examen normal OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	O <sub>2</sub> : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
----------------------------	---	--

### Examen somatique autre

**POSTURE**

Tient assis sans appui : OUI ☐ NON ☐

Age d'acquisition :    mois AC

Se retourne dos/ventre : OUI ☐ NON ☐ Se déplace ☐

**COORDINATION**  
**OCULO-MOTRICE**

Saisi un objet avec participation du pouce : OUI ☐ NON ☐

Cherche l'objet tombé hors de sa vue : OUI ☐ NON ☐

**LANGAGE**

Réagit à son prénom : OUI ☐ NON ☐

Redouble les syllabes ☐

**SOCIABILITE / AUTONOMIE**

Regarde l'objet pointé par l'adulte : OUI ☐ NON ☐

A peur des visages non familiers : OUI ☐ NON ☐

Mange avec les doigts ou tient son biberon ☐

**EXAMEN NEUROLOGIQUE**

Activité motrice spontanée dissociée ☐

Abduction des pouces D ☐ G ☐

Préférence manuelle D ☐ G ☐

Foulard > ligne médiane D ☐ G ☐

< ligne médiane D ☐ G ☐

Angles adducteurs  $\geq 100^\circ$  ☐ 80-90° ☐  $\leq 80^\circ$  ☐ AR ☐

Angles poplités D  $\geq 110^\circ$  ☐ 90-100° ☐  $\leq 80^\circ$  ☐ AR ☐

G  $\geq 110^\circ$  ☐ 90-100° ☐  $\leq 80^\circ$  ☐ AR ☐

Dorsiflexion pied lente D  $\leq 80^\circ$  ☐ 90-100° ☐  $\geq 110^\circ$  ☐

G  $\leq 80^\circ$  ☐ 90-100° ☐  $\geq 110^\circ$  ☐

Dorsiflexion rapide du pied : D identique ☐ Str phasique ☐ Str tonique ☐

G identique ☐ Str phasique ☐ Str tonique ☐

Côté du corps le plus tonique D ☐ G ☐

Axe : flexion  $\geq$  extension ☐ extension > flexion ☐

Réflexe tonique asymétrique du cou présent ☐

Conclusion : **0 / 1 / 2**

**VISION (voir page B)**

Fixation présente <input type="checkbox"/>	Poursuite facile <input type="checkbox"/>	
Strabisme <input type="checkbox"/>	Nystagmus <input type="checkbox"/>	Correction <input type="checkbox"/>
Ex. orthoptique réalisé <input type="checkbox"/>	RDV le	
RDV ophtalmologique vers 1 an pris <input type="checkbox"/>		

Conclusion : **0 / 1 / 2**

**AUDITION (voir page A)** S'oriente au bruit ☐

Conclusion : **0 / 1 / 2**

**PSYCHOLOGIE** Entretien vers 6 mois réalisé ☐

<b>Evaluation éventuelle du développement par les parents = ASQ</b>	Communication <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Motricité globale <input type="text"/> <input type="text"/>
	Motricité fine <input type="text"/> <input type="text"/>	Résolution de Problèmes <input type="text"/> <input type="text"/>
	Aptitudes individuelles et sociales <input type="text"/> <input type="text"/>	NON FAIT <input type="checkbox"/>

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