
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	

EXAMEN 9 MOIS D'AGE CORRIGÉ DeveniRp2s		Version_V03 2/2	N° Dossier
Nom	Prénom :	Date de naissance :	
EXAMEN CLINIQUE			
Examen respiratoire	Examen normal OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		O ₂ : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Examen somatique autre			
POSTURE	Tient assis sans appui : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Age d'acquisition : I__I__I mois AC Se retourne dos/ventre : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Se déplace <input type="checkbox"/>		
COORDINATION OCULO-MOTRICE	Saisi un objet avec participation du pouce : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Cherche l'objet tombé hors de sa vue : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
LANGAGE	Réagit à son prénom : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Redouble les syllabes <input type="checkbox"/>		
SOCIABILITE / AUTONOMIE	Regarde l'objet pointé par l'adulte : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> A peur des visages non familiers : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Mange avec les doigts ou tient son biberon <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 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 <input type="checkbox"/>		
	Conclusion : 0 / 1 / 2		
PSYCHOLOGIE	Entretien vers 6 mois réalisé <input type="checkbox"/>		
Evaluation éventuelle du développement par les parents = ASQ	Communication I__I__I Motricité globale I__I__I Motricité fine I__I__I Résolution de Problèmes I__I__I Aptitudes individuelles et sociales I__I__I NON FAIT <input type="checkbox"/>		
PRISE EN CHARGE			
	Actuelle (fréquence)	Date de début	Proposée
Kiné motrice	<input type="checkbox"/>	I__I__I / I__I__I / I__I__I	<input type="checkbox"/>
Psychologue	<input type="checkbox"/>	I__I__I / I__I__I / I__I__I	<input type="checkbox"/>
CAMSP de suivi	<input type="checkbox"/>	I__I__I / I__I__I / I__I__I	<input type="checkbox"/>
CAMSP de rééducation	<input type="checkbox"/>	I__I__I / I__I__I / I__I__I	<input type="checkbox"/>
ALD	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Date de la demande I__I / I__I / I__I / I__I / I__I / I__I	<input type="checkbox"/>