

EXAMEN A 24 MOIS D'AGE CORRIGE DeveniRp2s	Version_V03 1/2	N° Dossier _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _
--	----------------------------------	---

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	Appétit Normal <input type="checkbox"/> Médiocre <input type="checkbox"/> Sélectif <input type="checkbox"/> Excessif <input type="checkbox"/> grignote sans arrêt <input type="checkbox"/> Erreurs diététiques <input type="checkbox"/> Précisions : Troubles de l'oralité <input type="checkbox"/>
Evènements familiaux récents et vécu parental	OUI <input type="checkbox"/> lesquels : Pas de répercussion sur la vie familiale <input type="checkbox"/> Contraintes modérées ayant peu d'impact sur la vie familiale <input type="checkbox"/> Inquiétudes et contraintes importantes avec impact notable <input type="checkbox"/> Impact très lourd ayant totalement bouleversé la famille <input type="checkbox"/>
Modes de garde	Collectivité <input type="checkbox"/> Famille <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/>
Vécu de l'hospitalisation	Bien vécu <input type="checkbox"/> Un peu difficile <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/> Très difficile <input type="checkbox"/>
SIGNES FONCTIONNELS	
Sommeil	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"/> Dort dans le lit des parents <input type="checkbox"/> Sommeil nocturne continu OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Siestes : 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> Terreurs nocturnes <input type="checkbox"/> Cauchemars <input type="checkbox"/>
Troubles alimentaires	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> lesquels :
Comportement observé par les parents	Tétine <input type="checkbox"/> Doudou <input type="checkbox"/>

