EXAMEN AUTOUR DES 3 ANS DeveniRp2s	Version_V03 1/3	N° Dossier
		|__|__|__|__|__|__|__|__|

NOM :……..Prénom :…… *Date de naissance :.....*

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

Age civil: \|__\|__\| ans\|__\|__\| mois *N° TEL si changement : ……..*

MENSURATIONS (à reporter sur les courbes - à partir de la page D - selon l'âge civil)

Poids :	g	soit	DS	**IMC (P/T²) :**		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 : Caries ☐ Hospitalisation ☐ date et motifs :
Examens complémentaires depuis la dernière consultation	
Traitements en cours	
Evènements familiaux récents	
Scolarité	NON ☐ OUI ☐ Classe : Nom et Code Postal de l'école : Depuis quel âge ? : |__| an |__|__| mois AVS ☐ PPS ☐ Adaptation scolaire : Bonne ☐ Difficile au début ☐ Toujours difficile après 1 mois ☐ Concentration facile ☐ Si jumeau ou triplé, scolarisé dans la même classe : NON ☐ OUI ☐
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 ☐
Mode de garde	Famille ☐ Assistante maternelle ☐ Crèche/Garderie ☐

SIGNES FONCTIONNELS

Sommeil	Trouble du sommeil : NON ☐ OUI ☐ Nuit : Heure d'endormissement : |__|__| h Heure de réveil |__|__| h S'endort : Seul sans problème ☐ Difficilement ☐ Avec un de ses parents ☐ Dort dans son lit ☐ Réveil nocturne ☐ Sieste : ☐
Habitudes alimentaires	Troubles alimentaires : NON ☐ OUI ☐ Troubles de l'oralité : ☐ Appétit : Normal ☐ Médiocre ☐ Sélectif ☐ Excessif ☐ Grignote ☐ Erreurs diététiques ☐ Précisions :
Propreté	Selles : diurne ☐ nocturne ☐ Urines : diurne ☐ nocturne ☐
Comportement observé par les parents	A la maison : Calme ☐ Agité ☐ Temps passé devant un écran (télé, jeux vidéo…) : ☐ h/j A l'école : Calme ☐ Agité ☐ Participe aux activités de groupe ☐

NOM :……..Prénom :…… Date de naissance :.....

EXAMEN CLINIQUE	
Examen respiratoire	Normal ☐ , Si NON, décrire :
Examen somatique autre	Pression artérielle systolique/diastolique: I__I__I/__I__I
MOTRICITE	Monte les escaliers en alternant : OUI ☐ NON ☐ Saute à pied joint en avant : OUI ☐ NON ☐ Marche en avant sur les pointes ☐ sur les talons ☐ Court ☐ Sait pédaler ☐ Se déshabille seul en partie : OUI ☐ NON ☐
COORDINATION/ GRAPHISME	Mange seul avec des couverts : OUI ☐ NON ☐ Lance une balle ☐ Encastre les formes complexes ☐ Reconnaissance anticipée des formes ☐ Fait un pont avec 3 cubes : OUI ☐ NON ☐ Reproduit un trait vertical ☐ un trait horizontal ☐ **DPL-3** Copie un cercle et le ferme : OUI ☐ NON ☐ ☐ Bonhomme têtard : OUI ☐ NON ☐ ☐
LANGAGE	Communique spontanément avec l'adulte OUI ☐ NON ☐ ☐ Utilise le langage oral dans ses activités OUI ☐ NON ☐ ☐ Comprend les ordres simples OUI ☐ NON ☐ ☐ Exprime verbalement ses sentiments OUI ☐ NON ☐ ☐ Désigne sur demande (au moins 8 sur 12) OUI ☐ NON ☐ ☐ Nomme sur demande (au moins 11 sur 20) OUI ☐ NON ☐ ☐ Fait une phrase type S+V+C et dit « je ou moi » OUI ☐ NON ☐ ☐ Le langage est compréhensible OUI ☐ NON ☐ ☐ /10 Dit son prénom : ☐ Dit son âge : ☐
SOCIABILITE/ AUTONOMIE	Capable de jouer en groupe : ☐ Capable de jouer seul : ☐ Joue à faire semblant : OUI ☐ NON ☐
EXAMEN NEUROLOGIQUE	Dorsiflexion pied lente D ≤ 80° ☐ 90-100° ☐ ≥ 110°☐ G ≤ 80° ☐ 90-100° ☐ ≥ 110°☐ Dorsiflexion rapide du pied : D identique ☐ Str phasique ☐ Str tonique ☐ G identique ☐ Str phasique ☐ Str tonique ☐ ROT rotuliens vifs, diffusés : D ☐ G ☐ Marche normale ☐ Sinon décrire : Tire la langue : ☐ ***0 / 1 / 2***
Attitude de l'enfant pendant l'examen	Coopérant ☐ Agité ☐ Opposant ☐ Passif ☐

EXAMEN AUTOUR DES 3 ANS DeveniRp2s	Version_V03 3/3	N° Dossier |__|__|__|__|__|__|__|__|__|

NOM :……..Prénom :…… *Date de naissance :.....*

VISION (voir page B)	Strabisme ☐ Troubles de réfraction ☐ Correction ☐ Acuité visuelle ☐ OD : …. OG : …. ***0 / 1 / 2***
AUDITION (voir page A)	Tympans normaux : D ☐ G ☐ Test à la voix chuchotée : Normal ☐ A refaire ☐ Non fait ☐ ***0 / 1 / 2***

PRISE EN CHARGE ACTUELLE (AVANT LA CONSULTATION)	
	Nombre de séances /semaine
☐ Kiné motrice	
☐ Orthophonie	
☐ Psychologue	
☐ Psychomotricité	
☐ CAMSP	
Prise en charge :	ALD 100 % ☐ MDPH ☐ CMU ☐ AEEH ☐ Date :

CONCLUSION			
Domaines	**Aucune difficulté (0)**	**Difficulté modérée (1)**	**Difficulté importante (2)**
Motricité globale	☐	☐	☐
Motricité fine	☐	☐	☐
Vision	☐	☐	☐
Audition	☐	☐	☐
Langage	☐	☐	☐
Communication	☐	☐	☐
Psychologique	☐	☐	☐
Comportement	☐	☐	☐

J'ORIENTE L'ENFANT ET SA FAMILLE VERS
(*Préciser le nom du professionnel ou de la structure)*

Une consultation médicale spécialisée :
☐ **Pédiatre pilote hospitalier :** ☐ **Neuropédiatre :**
☐ **ORL:** ☐ **Ophtalmologiste :**
☐ **Endocrinologue :** ☐ **Pédopsychiatre :**
☐ **Autre :**

Un bilan spécialisé :
☐ **Orthophoniste :** ☐ **Neuropsychologue :**

Un spécialiste de la prise en charge
☐ **Kinésithérapeute :** ☐ **Psychologue :**
☐ **Psychomotricien :** ☐ **Orthophoniste :**
☐ **Orthoptiste :** ☐ **Ergothérapeute :**
☐ **Autre :**

Une structure de soin : ☐ **CAMSP :** ☐ **CMP :** ☐ **Autre :**

Je souhaite être contacté par le médecin de PMI avant le bilan de santé à l'école maternelle ☐