EXAMEN A 4 ANS DeveniRp2s	Version_V03 1/3	N° Dossier |__|__|__|__|__|__|__|__|

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

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

Etes-vous le médecin traitant de l'enfant ? OUI ☐ NON ☐

Age civil: \|__\| ans \|__\|__\| mois

Nouvelles coordonnées (si changement) : .....

MENSURATIONS						
Poids :	g	soit	DS	**IMC (P/T²) :**	soit	DS
Taille :	cm	soit	DS			
PC :	cm	soit	DS			

ENTRETIEN	
Amené par :	Mère ☐ Père ☐ Autre ☐
Evènements familiaux récents	OUI ☐ Lesquels : Ne vit pas avec ses deux parents ☐
Problèmes de santé depuis la dernière consultation	OUI ☐ Lesquels :
Examens complémentaires depuis la dernière CS	OUI ☐ Lesquels :
Traitements en cours	OUI ☐ Lesquels : Vaccins à jour ☐
Sommeil	Troubles du sommeil : NON ☐ OUI ☐ S'endort : seul sans problème ☐ difficilement ☐ avec un de ses parents ☐ dort dans son lit ☐ réveil nocturne ☐
Habitudes alimentaires	Troubles alimentaires : NON ☐ OUI ☐ Précisions : Troubles de l'oralité NON ☐ OUI ☐
Propreté	Propreté selles : NON ☐ jour seulement ☐ jour et nuit ☐ Propreté urines : NON ☐ jour seulement ☐ jour et nuit ☐
Comportement observé par les parents	A la maison : Calme ☐ Agité ☐ Aime jouer : seul ☐ en groupe ☐ Temps passé devant un écran (télé, jeux vidéo…) : |__| h/j
Qualité de vie familiale (appréciation globale des parents)	Quelle est la répercussion des problèmes éventuels de votre enfant ? ☐ Tout va pour le mieux (si problèmes : bien acceptés et bien gérés) ☐ Contraintes modérées ou inquiétudes occasionnelles ayant peu d'impact sur l'équilibre familial ☐ Inquiétudes et contraintes importantes avec impact sur la vie de famille ☐ Impact très important ayant totalement bouleversé la famille

EXAMEN A 4 ANS DeveniRp2s	Version_V03 2/3	N° Dossier I__I__I__I__I__I__I__I__I

EXAMEN CLINIQUE	
Scolarité	OUI ☐ NON ☐ Classe : PSM ☐ MSM ☐ autre : ……. Ecole : Nom ..... Code Postal I__I__I__I__I__I Scolarité classique ☐ Classique plus aide : AVS ☐ PPS ☐ PAI ☐ IME ☐ autre : … Scolarisé depuis l'âge de : I__I an I__I__I mois (âge réel) Si jumeau ou triplé, scolarisé dans la même classe : NON ☐ OUI ☐ Adaptation scolaire : facile ☐ Autre : …. Comportement à l'école : …. Concentration facile ☐ Participe aux activités de groupe ☐
VISION	Examen effectué ☐ par : Pédiatre ☐ PMI ☐ Ophtalmo ☐ Orthoptiste ☐ Date : Strabisme ☐ Troubles de réfraction ☐ Correction ☐ Acuité visuelle OD : ..... OG :..... Test de Lang : Positif ☐ Négatif ☐ Conclusion : ***0 / 1 / 2***
AUDITION	Tympans normaux : D ☐ G ☐ Test à la voix chuchotée : Normal ☐ A refaire ☐ Non fait ☐ Conclusion : ***0 / 1 / 2***
LANGAGE (ERTL4)	ERTL4 réalisé : OUI ☐ NON ☐ Si non, raisons : Synthèse : Profil 1(langage N) ☐ Profil 2 (à revoir) ☐ Profil 3 (Bilan compl. immédiat) ☐ Bilan orthophonique effectué ☐ Synthèse :…
PRAXIES ET MOTRICITE FINE 	Reproduit le pont de 5 cubes ☐ Imite un geste (se coiffer, …) ☐ Tire la langue ☐ Gonfle les joues ☐ Bonne tenue du crayon ☐ Ferme le cercle ☐ Copie le carré ☐ Bonhomme 3 parties ☐
EXAMEN SOMATIQUE	Normal ☐, Si NON, décrire : PA syst. : PA diast. : BU : Prot. : 0 / + / ++ / +++
EXAMEN NEUROLOGIQUE	Dorsiflexion rapide du pied : D identique ☐ Str. phasique ☐ Str. tonique ☐ G identique ☐ Str. phasique ☐ Str. tonique ☐ ROT rotuliens vifs, diffusés : D ☐ G ☐ Age de la marche : …… mois d'âge réel Tient sur un pied 3 secondes ☐ Saute à pieds joints ☐ Marche en arrière sur consigne ☐ Conclusion : ***0 / 1 / 2***
Attitude de l'enfant pendant l'examen	Coopérant ☐ Agité ☐ Opposant ☐ Passif ☐
SYNTHESE	Développement global normal pour l'âge OUI ☐ NON ☐ Troubles posture ou motricité OUI ☐ NON ☐ Retard de langage : aucun ☐ suspecté ☐ avéré ☐ retard de parole ☐ dysphasie ☐ Troubles envahissant du développement : OUI ☐ NON ☐ Si testé : modéré ☐ sévère ☐

EXAMEN A 4 ANS DeveniRp2s	Version_V03 3/3	N° Dossier |__|__|__|__|__|__|__|__|

PRISE EN CHARGE ACTUELLE (AVANT LA CONSULTATION)

	Nombre de séances /semaine
☐ Kiné motrice	
☐ Orthophonie	
☐ Psychologue	
☐ Psychomotricité	
☐ CAMSP	
☐ autre :	

CONCLUSION

Domaines	Aucune difficulté (0)	Difficulté modérée (1)	Difficulté importante (2)
Communication	☐	☐	☐
Motricité globale	☐	☐	☐
Motricité fine/praxies	☐	☐	☐
Comportement	☐	☐	☐
Psychologie	☐	☐	☐
Langage	☐	☐	☐

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

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

Un bilan spécialisé +/- une prise en charge :
- ☐ **Kinésithérapeute :**
- ☐ **Psychomotricien :**
- ☐ **Orthoptiste :**
- ☐ **Neuropsychologue :**
- ☐ **Autre :**
- ☐ **Psychologue :**
- ☐ **Orthophoniste :**
- ☐ **Ergothérapeute :**

Une structure de soin :
- ☐ **CAMSP :**
- ☐ **Centre de référence :**
- ☐ **Réseau Dys :**
- ☐ **CMP :**
- ☐ **Autre :**

Prise en charge à 100 % ☐ **Dossier MDPH déposé** ☐ **AEEH** ☐

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

Commentaires éventuels :