

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ DDN : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**ADMINISTRATIF**

Date de consultation : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Nom médecin consultant : \_\_\_\_\_  Est le médecin traitant de l'enfant  
 Pilote/Pédiatre hospitalier  Pilote libéral/MG référent  Pilote PMI  
Cs réalisée :  oui  non Si cs non réalisée :  cs annulée par les parents  
 parents non venus à la cs  
Parents présents :  père  enfant malade/hospitalisé  
 mère  parents non joignables  
 les 2 parents  non convoqué/oubli  
 autre : \_\_\_\_\_  autre

**SANTE GENERALE DE L'ENFANT**

Evénements notables depuis la sortie : \_\_\_\_\_  Hospitalisation depuis la sortie (hors HAD)  
Motif : \_\_\_\_\_  
Vaccins à jour :  oui  non Mode de garde :  famille  
 collectivité  
Vit avec ses 2 parents :  oui  non  assistante maternelle  
 autre personne à domicile

**MENSURATIONS**

Poids : \_\_\_\_\_ gr  
Taille : \_\_\_\_\_ cm  
PC : \_\_\_\_\_ cm

**ENVIRONNEMENT ET SOMMEIL**

Tabagisme passif :  oui  non Troubles du sommeil :  oui  non  
Qualité du sommeil:  bonne Pleurs :  facilement consolable  
 variable  pleurs excessifs  
 difficile  non précisé  
 NR  
Lieu de couchage :  chambre des parents Couchage :  dos  
 autre chambre  autre  
 dans le lit des parents  non connue  
 non connue

## ALIMENTATION / DIGESTIF

Type d'alimentation : maternel artificiel mixte non disponible

Troubles alimentaires : oui non

Diversification alimentaire débutée : oui non

Troubles de l'oralité : oui non

Si oui, PEC orthophonie mise en place : oui non

Troubles digestifs :

RGO Trouble du transit Pathologie digestive sévère/suivi gastropéd

Nutrition entérale sonde ou gastrostomie

Autre trouble : \_\_\_\_\_

Commentaire :

-----  
-----  
-----  
-----

## RESPIRATOIRE

Pathologies respiratoires : aucune

bronchiolites isolées

hyperréactivité bronchique

autre : \_\_\_\_\_

Appareil respiratoire normal : oui non

Si anormal, précision : \_\_\_\_\_

Traitements médicamenteux en cours :

corticoïdes inhalés

bronchodilatateurs inhalés

autre : \_\_\_\_\_

Hospitalisation à domicile (HAD) : non

oui toujours en cours

arrêtée depuis le : \_\_\_\_\_

Oxygène/support ventilatoire en cours : oui non

Scope en cours : oui non

Synagis : non indiqué

à prévoir en saison

en cours

refus

## AUTRES PATHOLOGIES SOMATIQUES

-----  
-----  
-----  
-----  
-----



**SENSORIEL**Poursuite oculaire facile :  oui  nonLueurs pupillaires présentes sans leucocorie :  oui  non**Codage vision :**

- 0 – Normal  
 1 – Douteux  
 2 - Pathologique

**Aide pour la saisie :**

<b>Score 0</b>	Normal si : - Fixation et poursuite normales
<b>Score 1</b>	Douteux si : - Fixation ou poursuite imparfaite
<b>Score 2</b>	Pathologique si : - Absence de fixation - Absence de poursuite - Errance du regard - Signe oculo digital - Signe de l'éventail

Exploration visuelle depuis la sortie :

 oui  non

Précision troubles visuels :

-----  
 -----  
 -----  
 -----

**Codage audition :**

- 0 – Normal  
 1 – Douteux  
 2 - Pathologique

Si suivi CEAE, diagnostic et nom du CEAE : -----

-----  
 -----

Anomalie du conduit auditif externe ou pavillon :  oui  non**PRISE EN CHARGE****Professionnels libéraux :**

Kinésithérapeute	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
Psychomotricien	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
Orthophoniste	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
Soutien psycho	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
Ergothérapeute	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
Orthoptiste	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
MPR	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
Autre	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé

**Structures multidisciplinaires :**

Plateforme territoriale de coordination	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
CAMSP	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
CMP - CMPP	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
SESSAD	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
Réseau DYS	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé
Autre	<input type="checkbox"/> En cours	<input type="checkbox"/> Proposé	<input type="checkbox"/> Liste d'attente	<input type="checkbox"/> Terminé

 Demande de passage en Staff/RCP réseau

Commentaire sur la prise en charge et nom des rééducateurs :

-----  
 -----

**COMMENTAIRES SUR LA CONSULTATION**

-----  
 -----  
 -----

**Prochains RDV réseau : médecin à 9 mois AC et psychologue vers les 6 mois de l'enfant**