

\_\_\_\_\_

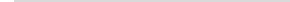
*Examen réalisé par :* ..... *Date d'examen :* .....

*NOM :* ..... *Prénom :* .....

*Date de naissance :* ..... *Age civil: 1\_1\_1 mois* *Age corrigé: 1\_1\_1 mois*

*N° TEL si changement :* .....

<b>MENSURATIONS (à reporter sur les courbes - D/E - selon l'âge civil)</b>			
<b>Poids :</b>	g	soit	DS
<b>Taille :</b>	cm	soit	DS
<b>PC :</b>	cm	soit	DS
<b>ENTRETIEN</b>			
<b>Amené par :</b>	Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>		
<b>Problèmes de santé depuis la dernière consultation</b>	OUI <input type="checkbox"/> lesquels :		
<b>Hospitalisation depuis la dernière consultation</b>	OUI <input type="checkbox"/> Pour :		
<b>Examens complémentaires depuis la dernière consultation</b>	OUI <input type="checkbox"/> lesquels :		
<b>Traitements en cours</b>	OUI <input type="checkbox"/> lesquels : Scope <input type="checkbox"/> HAD <input type="checkbox"/> Vaccins à jour : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>		
<b>Habitudes et régime alimentaires</b>	Appétit : Normal <input type="checkbox"/> Médiocre <input type="checkbox"/> Sélectif <input type="checkbox"/> Excessif <input type="checkbox"/> Erreurs diététiques <input type="checkbox"/> Précisions : Troubles de l'oralité <input type="checkbox"/>		
<b>Évènements familiaux récents</b>	OUI <input type="checkbox"/> Lesquels :		
<b>Modes de garde</b>	Collectivité <input type="checkbox"/>	Famille <input type="checkbox"/>	Assistante maternelle <input type="checkbox"/>
<b>Avis des parents sur le comportement de l'enfant</b>			
<b>SIGNES FONCTIONNELS</b>			
<b>Sommeil</b>	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"/>		
<b>Troubles alimentaires</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> lesquels :		

**EXAMEN A 18 MOIS D'AGE CORRIGÉ** **Version\_V03** **N° Dossier**  
**DeveniRp2s** **2/2** 

Nom \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

## **EXAMEN CLINIQUE**

Examen respiratoire	Normal OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
Examen somatique autre	
POSTURE	Marche seul : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Age d'acquisition <u>  </u> mois AC Pousse le ballon du pied <input type="checkbox"/> Monte un escalier à 4 pattes <input type="checkbox"/>
COORDINATION OCULO-MOTRICE	Fait une tour de 2 cubes : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Met la pastille dans le flacon : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Récupère la pastille du flacon : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
LANGAGE	Dit 5 mots : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Désigne 1 objet parmi 5 présentés : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
SOCIABILITE/AUTONOMIE	Joue à « faire semblant » : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Montre du doigt ce qui l'intéresse : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Boit et mange seul à la cuillère <input type="checkbox"/> Se prête activement à l'habillage <input type="checkbox"/>
EXAMEN NEUROLOGIQUE	Se sert des 2 mains : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Retour en flexion pronation de l'avant-bras D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Angles adducteurs $\geq 110^\circ$ <input type="checkbox"/> $80-100^\circ$ <input type="checkbox"/> $\leq 70^\circ$ <input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> Angles poplitées D $\geq 110^\circ$ <input type="checkbox"/> $90-100^\circ$ <input type="checkbox"/> $\leq 80^\circ$ <input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> G $\geq 110^\circ$ <input type="checkbox"/> $90-100^\circ$ <input type="checkbox"/> $\leq 80^\circ$ <input type="checkbox"/> AR <input type="checkbox"/> Dorsiflexion pied lente D $\leq 80^\circ$ <input type="checkbox"/> $90-100^\circ$ <input type="checkbox"/> $\geq 110^\circ$ <input type="checkbox"/> G $\leq 80^\circ$ <input type="checkbox"/> $90-100^\circ$ <input type="checkbox"/> $\geq 110^\circ$ <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 $\geq$ extension <input type="checkbox"/> extension > flexion <input type="checkbox"/> ROT rotulien vifs, diffusés : D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
	Conclusion : <b>0 / 1 / 2</b>
VISION (voir page 20)	Strabisme <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/> Correction <input type="checkbox"/> Ex. ophtalmo : Skiascopie <input type="checkbox"/> autre <input type="checkbox"/> Non fait <input type="checkbox"/> rdv pris <input type="checkbox"/>
Si non rempli à un an	
AUDITION (voir page A)	S'oriente au bruit <input type="checkbox"/> Examen réalisé le :
	Conclusion : <b>0 / 1 / 2</b>
Evaluation éventuelle du développement par les parents = ASQ	Communication <u>  </u> Motricité globale <u>  </u> Motricité fine <u>  </u> Résolution de Problèmes <u>  </u> Aptitudes individuelles et sociales <u>  </u> NON FAIT <input type="checkbox"/>

## PRISE EN CHARGE

	Actuelle (fréquence)	Date de début	Proposée
<b>Kiné motrice</b>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/>
<b>Psychologue</b>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/>
<b>CAMSP de suivi</b>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/>
<b>CAMSP de rééducation</b>	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	_____ / _____ / _____	<input type="checkbox"/>
<b>ALD</b>	OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	Date de la demande _____ / _____ / _____	