# PLATEFORME DE COORDINATION ET D'ORIENTATION de la Savoie

**DOSSIER MEDICAL**

**(4ans 9mois-5 ans 9 mois)**

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance **:** ……. / ……. / 20……. Age :

---

Nom du médecin :

Téléphone : ……. / ……. / ……. /……. / ……. Mail : ……@.....

Adresse :……
……...……
……...……
…….....

Date de l'examen : ……. / ……. / 20…….



**A transmettre à la Plateforme**
CAMSP/PCO – Hôtel dieu – BP 1125 – 73011 CHAMBERY CEDEX
04.79.69.13.48 – pco73@camsp73.org
MonSisra : pco73@aura.mssante.fr

## FACTEURS DE HAUT RISQUE DE TND (selon HAS 2020): (Cochez)

- ☐ Frère ou sœur ou parent de 1er degré ayant un TND
- ☐ Exposition prénatale à un toxique majeur du neuro-développement (alcool, certains antiépileptiques….)
- ☐ Grande prématurité (<32SA)
- ☐ Poids de naissance < 1500g
- ☐ Encéphalopathies aigues néonatales (incluant convulsions)
- ☐ Anomalies cérébrales de pronostic incertain (ventriculomégalie, agénésie corps calleux…)
- ☐ Microcéphalie (PC<-2DS, congénitale ou secondaire)
- ☐ Infections congénitales ou néonatales (CMV, toxoplasmose, rubéole, méningites/encéphalites…)
- ☐ Syndromes génétiques pouvant affecter le neuro-développement
- ☐ Cardiopathies congénitales complexes opérées
- ☐ Chirurgie majeure (cerveau, abdomen, thorax)
- ☐ Ictère néonatal sévère y compris à terme (bilirubine>400 mmol/l)

## ANTECEDENTS FAMILIAUX

| | ATCD médico-chirurgicaux | ATCD troubles des apprentissages | Profession |
|---|---|---|---|
| Père | | | |
| Mère | | | |
| Fratrie | | | |

# ANTECEDENTS PERSONNELS

| **GROSSESSE NORMALE ?** (Cochez) | **Oui** | **Non** |
|---|---|---|
| | ☐ | ☐ |

Si non, préciser : (grossesse multiple, FIV, RCIU, MAP, infection anténatale, prise de toxique…)

| **NAISSANCE** (Cochez) | |
|---|---|
| Accouchement normal ou césarienne programmée | ☐ |
| Voie basse dystocique | ☐ |
| Césarienne en urgence | ☐ |

Age gestationnel : ……SA

Poids :…… Taille :…….
PC :…… APGAR : ……

| | **Oui** | **Non** |
|---|---|---|
| Anoxie périnatale | ☐ | ☐ |
| Hospitalisation en période néonatale | ☐ | ☐ |
| PEA | ☐ normaux | ☐ anormaux |
| Depression maternelle du post-partum | ☐ | ☐ |

**(Commentaire libre)**

## ATCD MEDICO-CHIRURGICAUX PERSONNELS(Cochez)

| | Oui | Non |
|---|---|---|
| Pathologies ORL/auditives (OSM, ronflement) | ☐ | ☐ |
| Pathologies visuelles | ☐ | ☐ |
| ATCD chirurgicaux | ☐ | ☐ |
| Hospitalisations (hors période néonatale) | ☐ | ☐ |
| ATCD médicaux | ☐ | ☐ |

Si oui à une de ces questions, préciser (texte libre) :

Traitement médicamenteux au long cours (actuel ou antérieur)
Si oui, (DCI, posologie, durée)

## DEVELOPPEMENT PRECOCE LES PREMIERES ANNEES DE VIE(Cochez)

| | Oui | Non | Age |
|---|---|---|---|
| Difficultés d'interaction parents/enfant | ☐ | ☐ | |
| Contact visuel | ☐ | ☐ | |
| Répond à son prénom | ☐ | ☐ | |
| Joue avec les autres enfants | ☐ | ☐ | |
| Difficultés d'alimentation | ☐ | ☐ | |
| Difficultés de sommeil | ☐ | ☐ | |
| Tenue de tête (âge corrigé si naissance < 37SA) | ☐ | ☐ | |
| Marche autonome (âge corrigé si naissance < 37SA) | ☐ | ☐ | |
| Premiers mots | ☐ | ☐ | |
| Association de mots | ☐ | ☐ | |

| | Oui | Non | Age |
|---|---|---|---|
| Gestes sociaux (fait coucou) | ☐ | ☐ | |
| Pointage du doigt | ☐ | ☐ | |
| Attention conjointe partagée | ☐ | ☐ | |
| Jeux de faire-semblant | ☐ | ☐ | |
| Propreté diurne | ☐ | ☐ | |
| Propreté nocturne | ☐ | ☐ | |

## VIE QUOTIDIENNE(Cochez)

| | Oui | Non |
|---|---|---|
| Les difficultés impactes la vie familiale | ☐ | ☐ |
| L'enfant est-il scolarisé<br>Si oui, classe : ……..<br>Nom et ville de l'école : …….. | ☐ | ☐ |
| Difficultés en collectivité | ☐ | ☐ |

**En cas de difficultés, précisez :**

## EXAMEN SENSORIEL(Cochez)

### VISION (plus de 2 ans)

| | | | |
|---|---|---|---|
| De loin : | OD :……. | OG : ……. | Test utilisé : ……. |
| De près : | OD : ……...……. | OG : ……. | Test utilisé : ……. |
| Vision du relief normale | ☐ Oui | ☐ Non | |

## AUDITION

| | | | |
|---|---|---|---|
| Normale ? | ☐ Oui | ☐ Non | |
| Test utilisé : | ☐ Audiométrie tonale | ☐ Audiométrie vocale | ☐ Voix chuchotée |
| | ☐ Examen ORL récent | | |

## EXAMEN SOMATIQUE (Cochez)

Poids : …… Taille :……. PC :……..
.

| | Oui | Non |
|---|---|---|
| Croissance dans les normes et harmonieuse | ☐ | ☐ |
| **PRESENCE D'ELEMENTS DYSMORPHIQUES**<br>Si **oui**, préciser : CRANE (*micro/macrocéphalie, anomalie de forme*) VISAGE, MEMBRES, RACHIS (scoliose, cyphose, hyperlordose …) SIGNES DE DYSRAPHIE (*touffe de poils, fossette sacro-coccygienne*…) LIGNE MEDIANE (*luette bifide, hernie ombilicale*…) | ☐ | ☐ |
| **EXAMEN SOMATIQUE GENERAL NORMAL**<br>Si **non**, préciser : *cardiaque, pulmonaire, dentition, hypertrophie amygdalienne, hépato/splénomégalie, hyper laxité, anomalie des OGE…* : | ☐ | ☐ |

**EXAMEN CUTANE NORMAL**
Si **non**, préciser : *anomalie de pigmentation, d'élasticité, taches café au lait, taches achromiques, lentigines, neurofibrome…* :

| **EXAMEN NEUROLOGIQUE** (Cochez) | | |
|---|---|---|
| Réflexes ostéo-tendineux | ☐ Présents | ☐ Absents |
| Symétriques? | ☐ Oui | ☐ Non |
| | **Oui** | **Non** |
| Tonus normal | ☐ | ☐ |
| Motricité spontanée harmonieuse et riche | ☐ | ☐ |
| Motricité symétrique | ☐ | ☐ |

## COMPORTEMENTS INSTINCTUELS, SENSORIELS, EMOTIONNELS PARTICULIERS (selon HAS) :

**Fonctions physiologiques instinctuelles (sommeil, alimentation) :**

- ☐ Troubles durables et quasi quotidiens du **sommeil** (endormissement, réveils nocturnes)
- ☐ Grande **sélectivité alimentaire** inhabituelle pour l'âge (préfère les textures lisses, refuse les morceaux, a une aversion pour les aliments d'une certaine couleur…)
- ☐ Difficultés de **prises alimentaires** (durée des repas très longue, réflexe nauséeux massifs)

**Profil sensoriel et sensori-moteur particulier :**

- ☐ Aversion/évitement du **contact tactile**, de certaines textures ou tissus
- ☐ Hyper-réactivité ou hypo-réactivité à des **stimuli sensoriels** (absence de réaction à un bruit fort ou réaction exagérée pour certains bruits, évitement ou attirance pour la lumière)
- ☐ **Exploration/utilisation étrange** des « objets » et de l'environnement
- ☐ **Mouvements répétitifs, stéréotypies** : gestuelles (battement des mains, mouvement des doigts devant les yeux) ou corporelles (balancements, tournoiements, déambulations…)

**Régulation émotionnelle inhabituelle pour l'âge et quel que soit l'environnement :**

- ☐ Intolérance exagérée au **changement** de l'environnement*****
- ☐ **Colères** violentes et répétées, inconsolables
- ☐ **Hyperactivité** motrice incontrôlable (se met en danger)

*****_colère, chagrin, réaction de peur, disproportionnés ou sans objet apparent, avec violence (auto ou hétéro-agressivité), non apaisables et répétés._

# EXAMEN DU NEURODEVELOPPEMENT

**Notion de régression du développement Oui/Non**

*Indication de prise en charge par la PCO : 3 « non » pour les signes d'alerte (**en gras**) dans 2 domaines différents.*

| Motricité globale, contrôle postural et locomotion | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Tient en équilibre sur un pied au moins 5 secondes sans appui** | ☐ | ☐ |
| **Marche sur une ligne** (en mettant un pied devant l'autre) | ☐ | ☐ |
| **Attrape un ballon avec les mains** | ☐ | ☐ |
| Lance un ballon | ☐ | ☐ |
| Sait pédaler | ☐ | ☐ |
| Marche, course | ☐ Normales | ☐ Pathologiques |
| Marche sur les talons/pointes de pieds | ☐ Normale | ☐ Impossible |
| Equilibre bipodal | ☐ Normale | ☐ Impossible |
| Saut cloche pied (au moins 1 côté) | ☐ Réussi | ☐ Echoué |
| Accroupi, se relève | ☐ | ☐ |
| Chutes fréquentes, maladresse, lenteur | ☐ | ☐ |
| **Motricité fine et praxies** | **Oui** | **Non** |
| **Dessine un bonhomme en deux à quatre parties** (au moins 2 ovoïdes) | ☐ | ☐ |
| **Copie son prénom en majuscule** (sur modèle) | ☐ | ☐ |
| **Copie un carré** (avec quatre coins distincts) | ☐ | ☐ |
| Fait des puzzles | ☐ | ☐ |
| Joue aux legos/kappla | ☐ | ☐ |
| S'habille/se déshabille seul | ☐ | ☐ |
| Mange seul | ☐ | ☐ |
| **Langage oral** | **Oui** | **Non** |
| **Fait des phrases de six mots avec une grammaire correcte** | ☐ | ☐ |
| **Comprend des éléments de topologie** (dans/sur/derrière) | ☐ | ☐ |
| **Nomme au moins trois couleurs** | ☐ | ☐ |
| Utilise le « je » | ☐ | ☐ |
| A un langage intelligible | ☐ | ☐ |

| Cognition | Oui | Non |
|---|---|---|
| **Décris une scène sur une image (personnages, objets, actions)** | ☐ | ☐ |
| **Compte jusqu'à dix** | ☐ | ☐ |
| Sait trier des objets par catégorie | ☐ | ☐ |
| **Socialisation** | **Oui** | **Non** |
| **Connait les prénoms de plusieurs de ses camarades** | ☐ | ☐ |
| **Participe à des jeux collectifs en respectant les règles** | ☐ | ☐ |
| A des interactions avec les autres enfants | ☐ | ☐ |

**COMPORTEMENT PENDANT L'EXAMEN**

Normal ? ☐ Oui ☐ Non

Si **non**, préciser :

## CONCLUSION

Serez-vous le médecin référent de l'enfant ? ☐ Oui ☐ Non

Les parents sont-ils d'accord pour que la Plateforme soit sollicitée ? ☐ Oui ☐ Non

## Hypothèses diagnostiques

……

……

……

……

## Prescriptions d'examens et bilans chez les professionnels suivants :

***Professions conventionnées***

- ☐ Kinésithérapie
- ☐ Ophtalmologie
- ☐ Orthoptie
- ☐ ORL
- ☐ Orthophonie

***Professionnels non conventionnés***

- ☐ Psychomotricité
- ☐ Psychologie
- ☐ Neuropsychologie
- ☐ Ergothérapie

Autre (précisez) :

Signature et Tampon: