

PLATEFORME DE  
COORDINATION  
ET  
D'ORIENTATION  
de la Savoie  
DOSSIER MEDICAL  
(5ans 9mois-6 ans 6mois)

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance : ..... / ..... / 20.....

Age :

---

Nom du médecin :

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

Adresse : .....  
.....  
.....  
.....

Date de l'examen : ..... / ..... / 20.....

## **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 aiguës 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 : .....

---

|                                      | <b>Oui</b>                       | <b>Non</b>                        |
|--------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Anoxie périnatale                    | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          |
| Hospitalisation en période néonatale | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          |
| PEA                                  | <input type="checkbox"/> normaux | <input type="checkbox"/> anormaux |
| Depression maternelle du post-partum | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>          |
| <b>(Commentaire libre)</b>           |                                  |                                   |

## ATCD MEDICO-CHIRURGICAUX PERSONNELS (Cochez)

|                                             | Oui                      | Non                      |
|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Pathologies ORL/auditives (OSM, ronflement) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Pathologies visuelles                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ATCD chirurgicaux                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hospitalisations (hors période néonatale)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ATCD médicaux                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| Contact visuel                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| Répond à son prénom                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| Joue avec les autres enfants                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| Difficultés d'alimentation                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| Difficultés de sommeil                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| Tenue de tête (âge corrigé si naissance < 37SA)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| Marche autonome (âge corrigé si naissance < 37SA) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| Premiers mots                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| Association de mots                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |

|                              | Oui                      | Non                      | Age |
|------------------------------|--------------------------|--------------------------|-----|
| Gestes sociaux (fait coucou) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | /   |
| Pointage du doigt            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| Attention conjointe partagée | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| Jeux de faire-semblant       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| Propreté diurne              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |
| Propreté nocturne            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |     |

### VIE QUOTIDIENNE (Cochez)

|                                            | Oui                      | Non                      |
|--------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Les difficultés impactent la vie familiale | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| L'enfant est-il scolarisé                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, classe : .....                     |                          |                          |
| Nom et ville de l'école : .....            |                          |                          |
| Difficultés en collectivité                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 ?      | <input type="checkbox"/> Oui                | <input type="checkbox"/> Non                |
| Test utilisé : | <input type="checkbox"/> Audiométrie tonale | <input type="checkbox"/> Audiométrie vocale |
|                | <input type="checkbox"/> Examen ORL récent  | <input type="checkbox"/> Voix chuchotée     |

## EXAMEN SOMATIQUE (Cochez)

Poids : ..... Taille : ..... PC : .....  
.

|                                           | Oui                      | Non                      |
|-------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Croissance dans les normes et harmonieuse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### **PRESENCE D'ELEMENTS DYSMORPHIQUES**

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...*)

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

### **EXAMEN SOMATIQUE GENERAL NORMAL**

Si **non**, préciser : *cardiaque, pulmonaire, dentition, hypertrophie amygdalienne, hépato/splénomégalie, hyper laxité, anomalie des OGE... :*

|                          |                          |
|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--------------------------|--------------------------|

## EXAMEN CUTANE NORMAL

☐ ☐

Si **non**, préciser : *anomalie de pigmentation, d'élasticité, taches café au lait, taches achromiques, lentigines, neurofibrome...* :

## EXAMEN NEUROLOGIQUE

(Entourez)

|                                          |                                   |                                  |
|------------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|
| Réflexes ostéo-tendineux                 | <input type="checkbox"/> Présents | <input type="checkbox"/> Absents |
| Symétriques?                             | <input type="checkbox"/> Oui      | <input type="checkbox"/> Non     |
|                                          | <b>Oui</b>                        | <b>Non</b>                       |
| Tonus normal                             | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>         |
| Motricité spontanée harmonieuse et riche | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>         |
| Motricité symétrique                     | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>         |

## 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, stéréotypés** : gestuelles (battement des mains, mouvement des doigts devant les yeux) ou corporelles (balancements, tournolements, 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 (Cochez)

### Notion de régression du développement Oui/Non

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

| <b>Motricité globale, contrôle postural et locomotion</b>                            | <b>Oui</b>                       | <b>Non</b>                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| <b>Saute à cloche pied 3 à 5x</b> (sur place ou en avançant)                         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| <b>Court de manière fluide et sait s'arrêter net</b>                                 | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| <b>Marche sur les pointes et les talons</b>                                          | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Lance un ballon                                                                      | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Sait pédaler                                                                         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Marche                                                                               | <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Pathologique |
| Equilibre bipodal                                                                    | <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Impossible   |
| Equilibre monopodal                                                                  | <input type="checkbox"/> Normale | <input type="checkbox"/> Impossible   |
| Accroupi, se relève                                                                  | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Chutes fréquentes, maladresse, lenteur                                               | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| <b>Motricité fine et praxies</b>                                                     | <b>Oui</b>                       | <b>Non</b>                            |
| <b>Ferme seul son vêtement</b> (boutons ou fermeture éclair)                         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| <b>Touche avec son pouce chacun des doigts de la même main</b> (après démonstration) | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| <b>Copie un triangle</b>                                                             | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| <b>Se lave et/ou s'essuie les mains sans assistance</b>                              | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Dessine un bonhomme en deux parties                                                  | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Copie son prénom                                                                     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Copie un carré (avec quatre coins distincts)                                         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Fait des puzzles                                                                     | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Joue aux legos/kappla                                                                | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| S'habille/se déshabille seul                                                         | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |
| Mange seul                                                                           | <input type="checkbox"/>         | <input type="checkbox"/>              |



| Langage oral                                                                 | Oui                      | Non                      |
|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Peut raconter une petite histoire de manière structurée (début, milieu, fin) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Peut dialoguer en respectant le tour de parole                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| S'exprime avec des phrases construites                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Comprend une consigne                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A un langage intelligible                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Utilise le « je »                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Cognition                                                                                    | Oui                      | Non                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Dénombrer dix objets présentés (crayons, jetons...)                                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Peut répéter dans l'ordre trois chiffres non sériés (5,2,9)                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reconnait tous les chiffres de 0 à 9                                                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Maintient son attention environ dix minutes sur une activité qui l'intéresse, sans recadrage | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Evite les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Socialisation                                                                                | Oui                      | Non                      |
| Reconnait l'état émotionnel d'autrui et réagit de manière ajustée                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Participe à des jeux collectifs en respectant les règles                                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| A des interactions avec les autres enfants                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

### 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: