

EXAMEN A 7 ANS DeveniRp2s	Version 6 2/3	N° Dossier <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>
--	--------------------------------	--

NOM : Prénom : Date de naissance :

EXAMEN CLINIQUE	
VISION	Examen neurovisuel réalisé : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Conclusion : Autre contrôle visuel réalisé : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Résultats si disponibles : Acuité visuelle OD : OG : Troubles de réfraction <input type="checkbox"/> Correction <input type="checkbox"/> Test de Lang : Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Vision des couleurs normale <input type="checkbox"/> <div style="text-align: right;">Conclusion : 0 / 1 / 2</div>
AUDITION	Audiométrie fait : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Résultats si disponibles : <div style="text-align: right;">Conclusion : 0 / 1 / 2</div>
LANGAGE	Bilan orthophonique des prérequis du langage écrit réalisé : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si oui : prise en charge orthophonique nécessaire OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> Si non : faire les épreuves verbales de l'EDA et/ou prescrire bilan orthophonique <div style="text-align: right;">Conclusion : 0 / 1 / 2</div>
Bilan neuropsychologique	Fait oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> - RDV à prendre si besoin <div style="text-align: right;">Conclusion : 0 / 1 / 2</div>
MOTRICITE GLOBALE	Marche normale <input type="checkbox"/> Fait du vélo sans stabilisateur <input type="checkbox"/> Peut marcher sur une ligne en avant et en arrière <input type="checkbox"/> Peut marcher sur les pointes en avant <input type="checkbox"/> en arrière <input type="checkbox"/> Peut marcher sur les talons en avant <input type="checkbox"/> en arrière <input type="checkbox"/> Appui monopodal (> 10 s) : D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Saute sur un pied sur une distance de 3 m : D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> <div style="text-align: right;">Conclusion : 0 / 1 / 2</div>
MOTRICITE FINE/PRAXIES	S'habille et se déshabille tout seul (y compris boutons) <input type="checkbox"/> Latéralisation acquise <input type="checkbox"/> Homogène (MS-MI-Œil) <input type="checkbox"/> Découpe le long d'une ligne sinueuse <input type="checkbox"/> Tartine avec un couteau <input type="checkbox"/> Siffle <input type="checkbox"/> Gonfle les joues <input type="checkbox"/> Tire la langue dans plusieurs directions <input type="checkbox"/> Praxies bucco-faciales bilatérales <input type="checkbox"/> <div style="text-align: right;">Conclusion : 0 / 1 / 2</div>
SOCIABILITE/AUTONOMIE	A des copains <input type="checkbox"/> A des activités extrascolaires <input type="checkbox"/> Invitation par les copains aux anniversaires : <input type="checkbox"/> <div style="text-align: right;">Conclusion : 0 / 1 / 2</div>
EXAMEN SOMATIQUE	Normal <input type="checkbox"/> Sinon décrire : <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-top: 10px;"> PA syst. : PA diast. : Si non fait à 5 ans : BU : Prot. : 0 / + / ++ / +++ Si protéine + prescrire microalbuminurie au laboratoire Informer les parents principes néphroprotection Si anomalie PA ou microalbuminurie + : mesure croissance rénale par écho et avis néphro </div>

EXAMEN A 7 ANS DeveniRp2s	Version 6 3/3	N° Dossier <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin-top: 2px;"></div>
--	--------------------------------	--

NOM : Prénom : Date de naissance :

EXAMEN NEUROLOGIQUE	Dorsiflexion rapide : 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"/>
	ROT rotuliens vifs, diffusés : D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
	Diadococinésies normales <input type="checkbox"/>
	Maintien postural des extrémités normales <input type="checkbox"/> tremblement <input type="checkbox"/>
	Opposition des doigts précise <input type="checkbox"/> rapide <input type="checkbox"/>
	Epreuve doigt/nez normale <input type="checkbox"/>
Conclusion : 0 / 1 / 2	

PRISE EN CHARGE ACTUELLE (AVANT LA CONSULTATION)	
	Nombre de séances /semaine
<input type="checkbox"/> Kiné motrice	
<input type="checkbox"/> Orthophonie	
<input type="checkbox"/> Psychologue	
<input type="checkbox"/> Psychomotricité	
<input type="checkbox"/> CAMSP	
<input type="checkbox"/> Autre :	

CONCLUSION			
Domaines	Aucune difficulté (0)	Difficulté modérée (1)	Difficulté importante (2)
Communication	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité globale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité fine/praxies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Apprentissages scolaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comportement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychologique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Langage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Une consultation médicale spécialisée :

<input type="checkbox"/> Pédiatre de suivi hospitalier :	<input type="checkbox"/> Neuropédiatre :
<input type="checkbox"/> ORL :	<input type="checkbox"/> Ophtalmologiste :
<input type="checkbox"/> Endocrinologue :	<input type="checkbox"/> Pédopsychiatre :
<input type="checkbox"/> Autre :	

Un bilan spécialisé +/- une prise en charge :

<input type="checkbox"/> Orthophoniste :	<input type="checkbox"/> Neuropsychologue :
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute :	<input type="checkbox"/> Psychologue :
<input type="checkbox"/> Psychomotricien :	<input type="checkbox"/> Orthoptiste :
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute :	<input type="checkbox"/> Autre :

Une structure de soin :

<input type="checkbox"/> CAMSP :	<input type="checkbox"/> CMP :
<input type="checkbox"/> Centre de référence (autisme ou langage) :	
<input type="checkbox"/> Réseau Dys :	<input type="checkbox"/> SESSAD :
<input type="checkbox"/> Autre :	

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

Commentaires éventuels :