

NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

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

Age civil: |\_\_| ans |\_\_| mois

Nouvelles coordonnées (si changement) :

MENSURATIONS				
Poids :	g	soit	DS	IMC (P/T <sup>2</sup> ) :
Taille :	cm	soit	DS	
PC :	cm	soit	DS	
ENTRETIEN				
Amené par :	Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>			
Problèmes de santé depuis la dernière consultation	OUI <input type="checkbox"/> Lesquels : Hospitalisation <input type="checkbox"/> Nombre : Motifs :			
Examens complémentaires depuis la dernière CS	OUI <input type="checkbox"/> Lesquels :			
Traitements en cours	OUI <input type="checkbox"/> Lesquels :  Vaccins à jour <input type="checkbox"/> à faire :			
Evènements familiaux récents	OUI <input type="checkbox"/> Lesquels :			
Sommeil	Troubles du sommeil : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> ..... ..... Heure d'endormissement :  __ __ h __ __ min de réveil  __ h __ __ min			
Habitudes alimentaires	Troubles alimentaires : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Troubles de l'oralité <input type="checkbox"/> .....			
Propreté acquise	Propreté selles : NON <input type="checkbox"/> jour seulement <input type="checkbox"/> jour et nuit <input type="checkbox"/> Propreté urines : NON <input type="checkbox"/> jour seulement <input type="checkbox"/> jour et nuit <input type="checkbox"/>			
Comportement observé par les parents	A la maison : Calme <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Aime jouer <input type="checkbox"/> Temps passé devant un écran (télé, jeux vidéo...) :  __  h/j			
SCOLARITE				
Déroulement de la scolarité	NON <input type="checkbox"/> Classique <input type="checkbox"/> Classique + AVS ou PPS <input type="checkbox"/> CLIS <input type="checkbox"/> IME <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Classe : ..... Ecole : Nom ..... Code Postal:  __   __   __   __   __  Si jumeau ou triplé, scolarisé dans la même classe : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> Apprentissages scolaires faciles <input type="checkbox"/> Difficile au début <input type="checkbox"/> Toujours difficile <input type="checkbox"/> Comportement: calme <input type="checkbox"/> agité <input type="checkbox"/> participe aux activités de groupe <input type="checkbox"/> Concentration facile <input type="checkbox"/> Difficile au début <input type="checkbox"/> Toujours difficile <input type="checkbox"/>			
Santé scolaire	Visite effectuée : oui <input type="checkbox"/> non <input :<br="" type="checkbox"/> BSEDS fait <input type="checkbox"/> Conclusion : ..... Bilans demandés :			

NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

EXAMEN CLINIQUE	
<b>VISION</b>	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"/> Conclusion : <b>0 / 1 / 2</b>
<b>AUDITION</b>	Audiométrie fait : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Résultats si disponibles : Conclusion : <b>0 / 1 / 2</b>
<b>LANGAGE</b>	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 Conclusion : <b>0 / 1 / 2</b>
<b>Bilan neuropsychologique</b>	Fait oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> - RDV à prendre si besoin Conclusion : <b>0 / 1 / 2</b>
<b>MOTRICITE GLOBALE</b>	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"/> Saut sur un pied sur une distance de 3 m : D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Conclusion : <b>0 / 1 / 2</b>
<b>MOTRICITE FINE/PRAXIES</b>	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 sinuuse <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"/> Conclusion : <b>0 / 1 / 2</b>
<b>SOCIABILITE/AUTONOMIE</b>	A des copains <input type="checkbox"/> A des activités extrascolaires <input type="checkbox"/> Invitation par les copains aux anniversaires : <input type="checkbox"/> Conclusion : <b>0 / 1 / 2</b>
<b>EXAMEN SOMATIQUE</b>	Normal <input type="checkbox"/> Sinon décrire :  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

NOM : ..... Prénom : ..... Date de naissance : .....

<b>EXAMEN NEUROLOGIQUE</b>	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 rotulien vifs, diffusés : D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
	Diadocokinésies 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 : <b>0 / 1 / 2</b>

<b>PRISE EN CHARGE ACTUELLE (AVANT LA CONSULTATION)</b>	
	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 :	

<b>CONCLUSION</b>			
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 :

- Pédiatre de suivi hospitalier :  Neuropédiatre :  
 ORL :  Ophtalmologiste :  
 Endocrinologue :  Pédopsychiatre :  
 Autre :

Un bilan spécialisé +/- une prise en charge :

- Orthophoniste :  Neuropsychologue :  
 Kinésithérapeute :  Psychologue :  
 Psychomotricien :  Orthoptiste :  
 Ergothérapeute :  Autre :

Une structure de soin :

- CAMSP :  CMP :  
 Centre de référence (autisme ou langage) :  SESSAD :  
 Réseau Dys :  Autre :

Prise en charge à 100 %   
Commentaires éventuels :

Dossier MDPH déposé

AEEH