

EXAMEN 15 A 20 JOURS APRES LA SORTIE D'HOPITAL

Date d'examen : Nom du Médecin :

GENERALITES	
Nom de l'enfant	.....
Prénom de l'enfant	.....
Date de naissance	...../...../..... Age corrigé : Age civil :
Adresse*	..... ..... .....
* Indispensable si déménagement depuis dernier examen	
Téléphone fixe des parents	.....
Téléphone portable de la mère	.....
Téléphone portable du père	.....
Adresse Mail	.....
Téléphone des grands-parents	.....

CROISSANCE	
Poids	.....
Taille	.....
PC	.....

DIETETIQUE	
Alimentation	<input type="checkbox"/> Allaitement Maternel exclusif → <input type="checkbox"/> mise au sein <input type="checkbox"/> tire-lait <input type="checkbox"/> Alimentation mixte <input type="checkbox"/> Alimentation Artificielle
Lait	<input type="checkbox"/> Préma <input type="checkbox"/> 1 ^{er} âge <input type="checkbox"/> de régime
Nombre tétée ou biberon et quantité	.....

TRAITEMENT	
Vitamine D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vitamine K	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fer + Foldine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Anti-reflux (épaississant ou médicament)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Synagis	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À prévoir
BCG	<input type="checkbox"/> Fait <input type="checkbox"/> Non indiqué <input type="checkbox"/> À prévoir
Autres	.....

OBSERVATION	
Délai entre l'examen et le dernier repas	..... min
<u>ORIENTATION INTERACTION</u>	
Réagit à la voix	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cri Franc	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Consolable/Calinité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>ACTIVITE MOTRICE SPONTANEE</u>	
	<input type="checkbox"/> Variée /harmonieuse <input type="checkbox"/> Pauvre
	<input type="checkbox"/> Symétrique <input type="checkbox"/> Asymétrique
Si asymétrie, coté déficitaire	<input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche

EXAMEN NEUROLOGIQUE	
<u>FIXATION - POURSUITE VISUELLE (Œil de bœuf)</u>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>TONUS MUSCULAIRE</u>	
Hypertonie des Membres Inférieurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hypertonie des Membres Supérieurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>TONUS AXIAL</u>	
Redressement global présent	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tiré assis	
Couché : tiré assis, ramène la tête en avant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Assis tête fléchie : redresse la tête	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>AXE CORPOREL</u>	
Hypertonie axiale postérieure	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hypotonie axiale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>REFLEXES PRIMAIRES</u>	
Succion	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Grasping	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non → <input type="checkbox"/> Droit déficitaire <input type="checkbox"/> Gauche déficitaire
Moro	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non → <input type="checkbox"/> Droit déficitaire <input type="checkbox"/> Gauche déficitaire
Marche automatique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>DEVELOPPEMENT POSTURO-MOTEUR</u>	
Asymétrie posturale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non → <input type="checkbox"/> Droit déficitaire <input type="checkbox"/> Gauche déficitaire
<u>TOLERANCE NEUROVEGETATIVE A L'EXAMEN</u> (pâleur, marbrure, somnolence, régurgitation, hoquet, bâillements...)	
	<input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Mauvaise <input type="checkbox"/> Difficile à coter
<u>EXAMEN NEUROLOGIQUE</u>	
Si pathologique	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Douteux <input type="checkbox"/> Pathologique
	<input type="checkbox"/> Hypotonie <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Suivi oculaire insuffisant
	<input type="checkbox"/> Autre

EXAMEN SOMATIQUE	
<u>RESPIRATION</u>	Eupnéique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dyspnéique <input type="checkbox"/> Tirage <input type="checkbox"/> Polypnée (> 50) <input type="checkbox"/> O2 à domicile
<u>CŒUR</u>	<input type="checkbox"/> RAS <input type="checkbox"/> Souffle
<u>DIGESTIF</u>	Transit normal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non → <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Diarrhée
	RGO <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Difficultés à boire <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Trouble de l'oralité <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si Oui, prise en charge <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Hernies inguinales <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Opérées	
Coliques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

<u>CRANE</u>	Plagiocéphalie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>OPHTALMO</u>	Fond d'œil (depuis la naissance)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Rétinopathie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>ORL</u>	OEA ou PEA fait	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si Oui,	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> Pathologique
<u>AUTRE</u>	Ressaut de hanche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

FAMILLE	
Nbre d'enfants vivant au foyer	..... + cet enfant
Parent isolé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fatigue maternelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Anxiété maternelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Signes dépressifs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si Oui, prise en charge débutée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Parent(s) fumeur(s)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Salaire(s)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précarité - Minima sociaux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres renseignements	.....

PRISE EN CHARGE	
Echelle de Brazelton réalisée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Kinésithérapie motrice	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Psychomotricité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Orthophonie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Suivi psychologique ou pédopsych	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, laquelle :
INSTITUTIONS	
PMI	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ASE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
HAD	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sage-femme libérale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prise en charge CAMSP débutée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Don du souffle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ALLOCATIONS	
ALD	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
AJPP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
API	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre	.....

SUIVI MEDICAL		
<u>PEDIATRE</u>	Nom	.....
	Adresse	.....
<u>MEDECIN TRAITANT</u>	Nom	.....
	Adresse	.....

CONCLUSION	
<u>EXAMEN CLINIQUE</u>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Douteux <input type="checkbox"/> Pathologique