



PÉRINATALITÉ
EN FRANCHE-COMTÉ

Naître et Grandir en Franche-Comté

EXAMEN 6 MOIS D'AGE CORRIGE



Date d'examen : Nom du Médecin :

GENERALITES	
Nom	
Prénom	
Date de naissance/...../.....
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	..... Percentile (en âge civil)
Taille	..... DS (en âge civil)
PC	..... DS (en âge civil)

DIETETIQUE	
Allaitement maternel exclusif	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Age civil de l'arrêt de l'allaitement exclusif	.....
Diversification	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

TRAITEMENT	
Vitamine D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Vitamine K	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Anti-reflux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres	.....
→ VACCINS	
DTCPH	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Pneumocoque	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
Synagis	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
Hépatite B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
BCG	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> À prévoir
Anti-grippe A	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

→ HOSPITALISATION(S)	
Nombre d'hospitalisation depuis la sortie de l'hôpital	.....
Motif et Lieu 1 ^{ère} hospit	.....
Motif et Lieu 2 ^{ème} hospit	.....
Motif et Lieu 3 ^{ème} hospit	.....
Nombre de consultations depuis la sortie de l'hôpital (Urgences, PMI, Médecins,...)	.....

OBSERVATION	
<i>Si possible à faire avant déshabillage sur enfant calme mais réveillé (idéal : 1H après le repas).</i>	
<u>ORIENTATION INTERACTION</u>	
AVEC LA MAMAN	Réagit à la voix <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Cherche le contact visuel <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rire, gazouillis, areuh <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Se calme / est consolable <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
AVEC LE MEDECIN	Sourire réponse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Rire, Gazouillis, areuh <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Se calme dans les bras <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>ACTIVITE MOTRICE SPONTANEE</u>	Variée, harmonieuse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Pauvre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Asymétrique <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Coté déficitaire <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche

EXAMEN NEUROLOGIQUE	
<u>NEURO-SENSORIEL</u>	Fixation poursuite visuelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Réaction stimulation sonore <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>TONUS MUSCULAIRE / REFLEXES</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
	Hypereflexie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Trépidation épileptoïde du pied <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>MOTRICITE VOLONTAIRE ET SPONTANEE</u>	
	Ouverture symétrique des mains <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Asymétrique
	Préhensions des objets (globale ou non) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	En décubitus dorsal, rapproche ses mains de l'axe <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>REDRESSEMENT GLOBAL</u>	Retournement ventre > dos <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Retournement dos > ventre <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Abduction latérale <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
	Contrôle de la Tête	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Tenue assise stable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Trépied
<u>DEVELOPPEMENT POSTURO-MOTEUR</u>	Asymétrie posturale	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si asymétrie, côté	<input type="checkbox"/> Droit	<input type="checkbox"/> Gauche
<u>EXAMEN NEUROLOGIQUE</u>		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Douteux <input type="checkbox"/> Pathologique
Si douteux, pathologique, prise en charge kiné, psychomotricité débutée		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

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
	Traitement à visé bronchique (au long cours > 1 mois)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<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 alimentaires	<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 débutée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Hernie(s) inguinale(s)	<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>TROUBLES DU SOMMEIL</u> (difficulté d'endormissement ou réveil nocturne au moins 1 soir sur 2)		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

SUIVI SPECIALISE			
<u>OPHTALMOLOGIE</u>	Rétinopathie	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si Oui, grade	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
	Strabisme	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Correction	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>ORL</u>	Suivi pour troubles auditifs	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>AUTRE</u>		.....

PRISE EN CHARGE			
	Kinésithérapie motricité	<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 pédopsy	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Soins infirmiers	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Suivi Diététique	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Autre	.....

<u>INSTITUTION</u>		
PMI	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
ASE	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
CAMSP	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>ALLOCATION</u>		
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

<u>MODE DE GARDE</u>		
Famille	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Assistante maternelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Crèche	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

<u>FAMILLE</u>		
Nombre d'enfant vivant au domicile	..... + 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
Parents fumeurs	<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

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

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