

Date d'examen : ..... Nom du Médecin : .....

GENERALITES	
Nom de l'enfant	
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	
Lait	<input type="checkbox"/> Croissance <input type="checkbox"/> Maternel <input type="checkbox"/> 2 <sup>ème</sup> âge <input type="checkbox"/> de vache
Autre, préciser	.....
Diversification	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

TRAITEMENT		
Vitamine D	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Fluor	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Autres	.....	
VACCINS	DTCPH à jour	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Rappel
	Pneumocoque	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Rappel
	Hépatite B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Rappel
	ROR	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2
	BCG	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	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 <sup>ère</sup> hospit	.....
Motif et Lieu 2 <sup>ème</sup> hospit	.....
Motif et Lieu 3 <sup>ème</sup> hospit	.....
Nombre de consultations depuis la sortie de l'hôpital (Urgences, PMI, Médecins,...)	.....

### OBSERVATION

Si possible à faire avant déshabillage sur enfant calme mais réveillé (idéal : 1H après le repas).

<u>ORIENTATION INTERACTION</u>			
AVEC LA MAMAN	Cherche le contact visuel	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Sourire réponse / rire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Se calme / est consolable	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
AVEC LE MEDECIN	Réagit à son prénom	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Bon contact	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si pas de contact	<input type="checkbox"/> Par inhibition	<input type="checkbox"/> Difficulté à canaliser l'enfant
<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>	Poursuite oculaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	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
	Réaction - adaptation - stimulation sonore (Surdité exploré)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Nature stimulation sonore	<input type="checkbox"/> Avec jouet sonore	<input type="checkbox"/> Avec voix chuchotée
	Si jouet sonore, préciser	.....	
	Si surdité, appareillage	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>TONUS MUSCULAIRE</u>	MEMBRES SUPERIEURS Côté droit	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hypotonie <input type="checkbox"/> Hypertonie
	Côté gauche	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hypotonie <input type="checkbox"/> Hypertonie
	MEMBRES INFERIEURS Côté droit	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hypotonie <input type="checkbox"/> Hypertonie
	Côté gauche	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hypotonie <input type="checkbox"/> Hypertonie
AXE		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hypotonie <input type="checkbox"/> Hypertonie
<u>ABDUCTION LATERALE</u>		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>REFLEXES DE PROTECTION - PARACHUTE</u>		<input type="checkbox"/> Présents	<input type="checkbox"/> Absents

<u>DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR</u>			
POSTURE	Contrôle de la tête acquis	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Station assise stable acquise	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Age d'acquisition	.....	

RETOURNEMENT	ventre > dos	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	dos > ventre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Se met debout seul	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Fait quelques pas seul (appui)	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Marche acquise		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Si Oui, âge d'acquisition		.....	
PREHENSION	Pince pouce / doigt	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Pince pouce / index	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Lâche volontairement un objet	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Met un objet dans une boîte	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Passé un objet d'une main à l'autre	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
LANGAGE	Dit « Papa - Maman »	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Dit des mots autres que « Papa - Maman »	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Obéit à des ordres simples	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Anormal
<u>EXAMEN NEUROLOGIQUE</u>		<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Douteux <input type="checkbox"/> Pathologique
	Si IMC,	<input type="checkbox"/> Monoplégie	<input type="checkbox"/> Dysplégie <input type="checkbox"/> Hémiplégie
		<input type="checkbox"/> Tétraplégie	<input type="checkbox"/> Autre : .....
	Gravité de la paralysie	<input type="checkbox"/> Mineure	<input type="checkbox"/> Modérée <input type="checkbox"/> Majeure
<u>HANDICAP</u>		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

### EXAMEN SOMATIQUE

<u>RESPIRATION</u>	Pathologie pulmonaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si Oui,	<input type="checkbox"/> Dysplasie broncho-pulmonaire clinique	<input type="checkbox"/> hyperactivité bronchique (Wheezing)
		<input type="checkbox"/> O2 à domicile	
	Si Hyperactivité bronchique, prise en charge débutée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si autre, préciser	.....	
	Tabagisme passif	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>CŒUR</u>	Valeur TA	..... / .....	
	TA	<input type="checkbox"/> Normale	<input type="checkbox"/> HTA
	Fréquence cardiaque	.....bats/mn	
<u>DIGESTIF</u>	Transit normal	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si transit anormal	<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
	Si Oui,	<input type="checkbox"/> Problème praxique	<input type="checkbox"/> Anorexie
	Trouble de l'oralité alimentaire	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Si Oui, prise en charge débutée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>CRANE</u>	Plagiocéphalie positionnelle	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<u>TROUBLES DU SOMMEIL</u>			
	Difficulté d'endormissement ou réveils nocturnes au moins 1 soir sur 2	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
	Existence de pleurs difficilement consolables au moins 1 jour sur 2	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

SUIVI SPECIALISE		
<u>OPHTALMOLOGIE</u>		<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	.....
INSTITUTION		
	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
ALLOCATION		
	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
MODE DE GARDE		
	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
FAMILLE		
	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
SUIVI MEDICAL		
<u>PEDIATRE</u>	Nom	.....
	Adresse	.....
<u>MEDECIN TRAITANT</u>	Nom	.....
	Adresse	.....
CONCLUSION		
	<b>EXAMEN CLINIQUE</b>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Douteux <input type="checkbox"/> Pathologique
	<b>CONCLUSION</b>	.....