

Date d'examen : Nom du Médecin :

GENERALITES	
Nom de l'enfant	
Prénom de l'enfant	
Date de naissance/...../.....
Adresse*	.....

* Indispensable si déménagement depuis dernier examen	
Adresse 2**	.....

** si parents séparés	.....
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"/> 2ème âge <input type="checkbox"/> de vache <input type="checkbox"/> Autre
Si 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
	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

Autres vaccins	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si Oui,	.....
→ 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

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

<u>ORIENTATION INTERACTION</u>		
INTERACTION ADAPTEE	Parents - enfant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Enfant - parents	<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>		
	Coté déficitaire	<input type="checkbox"/> Variée, harmonieuse <input type="checkbox"/> Pauvre <input type="checkbox"/> Asymétrique <input type="checkbox"/> Droit <input type="checkbox"/> Gauche

EXAMEN NEUROLOGIQUE

<u>NEURO-SENSORIEL</u>		
	Strabisme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si Oui, strabisme traité	<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
	Réaction - adaptation - stimulation sonore (surdité explorée)	<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	
		Droit <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hypotonie <input type="checkbox"/> Hypertonie Gauche <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hypotonie <input type="checkbox"/> Hypertonie
	MEMBRES INFERIEURS	
		Droit <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hypotonie <input type="checkbox"/> Hypertonie 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>DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR</u>		
POSTURE	Se met debout seul	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Marche tenue par une main ou appui pousse un déambulateur	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Marche autonome acquise (3 pas seul)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si Oui, âge d'acquisition	.....
PREHENSION	Pince pouce / index	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Assis au sol attrape une balle lancée en roulant	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Assis au sol lance une balle à 1 ou 2 mains	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Montre du doigt	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Tour de 2 cubes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Donne un objet sur consigne	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
LANGAGE	Répète un mot <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dit 3 à 5 mots (12 - 15 mois) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dit 10 à 20 mots (15 - 18 mois) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR	
	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
EXAMEN NEUROLOGIQUE	
	<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
HANDICAP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
EXAMEN SOMATIQUE	
RESPIRATION	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
CŒUR	Valeur TA/.....
	TA <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> HTA
	Fréquence cardiaque bats/mn
	Pathologie cardiaque <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
DIGESTIF	Transit normal <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si transit anormal <input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Diarrhée
	Mange à la cuillère <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Difficultés alimentaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si Oui, préciser
	RGO <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Anorexie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	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
CRANE	Fontanelle normale <input type="checkbox"/> Ouverte <input type="checkbox"/> Fermée
	Plagiocéphalie positionnelle <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ORL	Nombre d'otites <input type="checkbox"/> < 3 <input type="checkbox"/> >= 3
	Nombre de rhinopharyngites <input type="checkbox"/> < 3 <input type="checkbox"/> >= 3
TROUBLES DU SOMMEIL	
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 soir sur 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
RONFLEMENTS NOCTURNES	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SUIVI SPECIALISE DEPUIS L'AGE DE 1 ANOPHTALMOLOGIE Oui NonORL

Suivi pour troubles auditifs

 Oui NonAUTRE

.....

PRISE EN CHARGE

Kinésithérapie motricité

 Oui Non

Psychomotricité

 Oui Non

Orthophonie

 Oui Non

Suivi psychologique ou pédopsy

 Oui Non

Suivi Diététique

 Oui Non

Autre

.....

INSTITUTION

PMI

 Oui Non

ASE

 Oui Non

CAMSP

 Oui Non**ALLOCATION**

ALD

 Oui Non

AJPP

 Oui Non

API

 Oui Non**MODE DE GARDE**

Famille

 Oui Non

Assistante maternelle

 Oui Non

Crèche

 Oui Non**FAMILLE**

Nombre d'enfant vivant au domicile

..... + cet enfant

Parent isolé

 Oui Non

Fatigue maternelle

 Oui Non

Anxiété maternelle

 Oui Non

Signes dépressifs

 Oui Non

Si Oui, prise en charge débutée

 Oui Non

Parent(s) fumeur(s)

 Oui Non

Salaire(s)

 Oui Non

Précarité - minima sociaux

 Oui Non**SUIVI MEDICAL**PEDIATRE

Nom

.....

Ville

.....

MEDECIN TRAITANT

Nom

.....

Ville

.....

CONCLUSION

EXAMEN CLINIQUE

 Normal Douteux PathologiqueCONCLUSION

.....