



PÉRINATALITÉ
EN FRANCHE-COMTÉ

Naître et Grandir en Franche-Comté

EXAMEN 2 ANS D'AGE CORRIGÉ



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
Taille DS
PC DS
IMC DS
Nécessite des explorations ultérieures (bilan nutritionnel, endocrinien...)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

DIETETIQUE	
Trouble de l'oralité alimentaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

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

EXAMEN SOMATIQUE		
<u>PULMONAIRE</u>	Hyperréactivité bronchique <i>(ttt à visée bronchique > 1 mois ou >3 épisodes de BPAD/an)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si Oui, prise en charge débutée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	O2 à domicile	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Insuffisance respiratoire chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>CARDIOVASCULAIRE</u>	Tension Artérielle	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Hypertension Valeur : /
	Fréquence Cardiaque	Valeur :
<u>DIGESTIF</u>	Trouble du transit <i>(nécessite un ttt)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si Oui,	<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Autre :
<u>NEUROCHIRURGIE</u>	Valve de DVP	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Plagiocéphalie et/ou craniosténose	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, <input type="checkbox"/> Opérée <input type="checkbox"/> Suivie
<u>NEUROLOGIE</u>	Epilepsie Traitée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Autre pathologie chronique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Si Oui, préciser
EXAMEN TONUS / REFLEXES		
<u>TONUS PERIPHERIQUE</u>	Membres inférieurs	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Hypotonie
	Membres supérieurs	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Hypotonie
<u>TONUS AXIAL</u>		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
	<i>(rechercher posture anormale, réflexes de protection, ...)</i>	
<u>HYPERREFLEXIE</u>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>(Rot vifs, mouvements parasites,...)</i>	
EXAMEN PSYCHOMOTEUR		
<u>MOTRICITE</u>	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 Age d'acquisition :
<u>PREHENSION / GESTUALITE</u>	Motricité fine	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pathologique
<u>LANGAGE</u> <i>(Cochez l'item le plus développé)</i>		<input type="checkbox"/> Réagit à son prénom <input type="checkbox"/> Sensibilité aux bruits <i>(ex : claquement de porte)</i> <input type="checkbox"/> Babil (répétition de syllabes simples ; aya, bababa, mamama, ...) <input type="checkbox"/> Jasi (« pipi », « miam-miam », « tateau », « tuture »...) <input type="checkbox"/> Premiers mots <input type="checkbox"/> Phrase de 2 ou 3 mots
	Langage déficient	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>NON VERBAL</u>	Pointage proto-déclaratif	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<i>(ou le fait de pointer un objet pour attirer l'attention de l'enfant sur cet objet, non pas pour qu'il le prenne, mais pour qu'il s'y intéresse)</i>	
	Contrôle du regard	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	« le faire semblant » <i>(Jeu symbolique)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

COMPORTEMENT

Troubles envahissants de la personnalité Oui Non

SYNTHESE EXAMEN NEUROLOGIQUE

Hypertonie spastique Oui Non

Ataxie Oui Non

Dyskinésie
(Hypotonie ou tonus variable ou choréoathétose) Oui Non

Paralysie cérébrale
(Oui = 1 oui ds les items ci-dessus, Non = 3 Non) Normal Douteux Pathologique

Monoplégie Diplégie Hémiplégie

Tétraplégie Autre :

Si Oui, préciser le niveau de paralysie Sévère (l'enfant ne tient pas assis)

Modérée (l'enfant ne tient pas debout)

Mineure (l'enfant ne marche pas seul ou sans soutien)

EXAMEN NEUROSENSORIEL**OPHTALMOLOGIQUE**

Age civil du dernier examen (mois)

Rétinopathie Oui Non

Si oui, grade 1 2 3 4

Strabisme Oui Non

Nystagmus Oui Non

Trouble de la vision Oui Non

Suivi en cours Oui Non indiqué

Port de lunette (ou rééducation) Oui Non

ORL

Age civil du dernier examen (mois)

Trouble de l'audition bilatérale
(réaction aux jouets sonores de Moatti ou voix chuchotée) Oui Non

Suivi en cours Oui Non indiqué

Appareillage Oui Non

FAMILLE

Nbre d'enfants vivant au foyer + cet enfant

Enfant vivant hors du domicile parental Oui Non

Parent isolé Oui Non

Divorce/Séparation des parents Oui Non

Fatigue maternelle Oui Non

Anxiété maternelle Oui Non

Signes dépressifs maternels 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

Autres renseignements

MODE DE GARDE

Famille Oui Non
 Assistante maternelle Oui Non
 Crèche Oui Non

PRISE EN CHARGE

Kinésithérapie motrice Oui Non
 Psychomotricité Oui Non
 Orthophonie Oui Non
 Suivi psychologique ou pédopsy Oui Non
 Autre Oui Non Si Oui, lequel :

INSTITUTIONS

PMI Oui Non
 ASE Oui Non
 Prise en charge CAMSP Oui Non
 Autre structure de prise en charge Oui Non
 Si Oui, laquelle

Attente de prise en charge spécialisée (dde faite) Oui Non
 Si Oui, laquelle

ALLOCATIONS

ALD Oui Non
 API Oui Non

SUIVI MEDICAL

PEDIATRE Nom

Adresse

MEDECIN TRAITANT Nom

Adresse

CONCLUSION

Existence d'une paralysie cérébrale Oui Non
 Existence de trouble neurosensoriel Oui Non
 Microcéphalie Oui Non
 (Stagnation ou non progression de la courbe du PC)
 Autres pathologies Oui Non
 Si Oui, préciser

HANDICAP AU SENS LARGE Oui Non

AU TOTAL

EXAMEN CLINIQUE Normal Douteux Pathologique

CONCLUSION