



EXAMEN 3 ANS

3 ans

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...)  Oui  Non

**DIETETIQUE**

Trouble de l'oralité alimentaire  Oui  Non

**SOMMEIL**

Difficulté d'endormissement ou réveils nocturnes  
au moins 1 soir sur 2  Oui  Non

Ronflements nocturnes  Oui  Non

EXAMEN SOMATIQUE		
<u>PULMONAIRE</u>	Hyperréactivité bronchique <i>(ttt à visée bronchique &gt; 1 mois ou &gt;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> <i>(rechercher posture anormale, réflexes de protection, ...)</i>		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
<u>HYPERREFLEXIE</u> <i>(Rot vifs, mouvements parasites,...)</i>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
EXAMEN PSYCHOMOTEUR		
<u>MOTRICITE</u>	Monte et descend un escalier <i>(en alterné)</i>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Saute sur un pied	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Fait du tricycle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>PREHENSION / GESTUALITE</u>	Mange seul	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Se déshabille seul	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Tour de 5 cubes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dessine un cercle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>LANGAGE - COMPREHENSION</u>	Eclosion du vocabulaire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Connaît 3 couleurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Nomme des images et des parties de son corps	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dit son nom, son sexe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Dit « je » « moi »	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	Compte jusqu'à 10	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Avalanche de questions ( <i>pourquoi ?</i> )	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Fait des phrases complètes	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Maîtrise des sphincters anal et vésical ( <i>de jour</i> )	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>COMPORTEMENT</b>	
Hyperactivité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
traits autistiques	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Troubles envahissants de la personnalité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>SYNTHESE EXAMEN NEUROLOGIQUE</b>	
Hypertonie spastique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ataxie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dyskinésie ( <i>Hypotonie ou tonus variable ou choréoathétose</i> )	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Paralysie cérébrale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Monoplégie <input type="checkbox"/> Diplégie <input type="checkbox"/> Hémiplégie
	<input type="checkbox"/> Tétraplégie <input type="checkbox"/> Autre : .....
Si Oui, préciser le niveau de paralysie	<input type="checkbox"/> Sévère ( <i>l'enfant ne tient pas assis</i> )
	<input type="checkbox"/> Modérée ( <i>l'enfant ne tient pas debout</i> )
0.	<input type="checkbox"/> Mineure ( <i>l'enfant ne marche pas seul ou sans soutien</i> )
<b>EXAMEN NEUROSENSORIEL</b>	
<b>OPHTALMOLOGIQUE</b>	
Strabisme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nystagmus	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trouble de la vision	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Suivi en cours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non indiqué
Port de lunette ( <i>ou rééducation</i> )	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>ORL</b>	
Trouble de l'audition bilatérale ( <i>réaction aux jouets sonores de Moatti ou voix chuchotée</i> )	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Suivi en cours	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non indiqué
Appareillage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>FAMILLE</b>	
Nbre d'enfants vivant au foyer	..... + cet enfant
Enfant vivant hors du domicile parental	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Divorce/Séparation des parents	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
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 maternels	<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
Salaires(s)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précarité - minima sociaux	<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
Ecole maternelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
PRISE EN CHARGE	
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 pédopsy	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, lequel : .....
INSTITUTIONS / ALLOCATIONS	
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
SESSAD	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dossier MDPH déposé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
ALD	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
SUIVI MEDICAL	
<u>PEDIATRE</u>	Nom .....
	Adresse .....
<u>MEDECIN TRAITANT</u>	Nom .....
	Adresse .....
CONCLUSION	
Existence d'une paralysie cérébrale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Existence de trouble neurosensoriel	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Microcéphalie (Stagnation ou non progression de la courbe du PC)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autres pathologies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si Oui, préciser	.....
HANDICAP AU SENS LARGE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
AU TOTAL	
EXAMEN CLINIQUE	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Douteux <input type="checkbox"/> Pathologique
CONCLUSION	..... .....