



EXAMEN 4 ANS

4 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 > 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> <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 | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <i>(en alterné)</i> |
| | 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> | Ecllosion du vocabulaire | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | Connaît les couleurs | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | Comprend : hier, aujourd'hui et demain | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | Dessine un bonhomme <i>(têtard, tête/bras/jambes)</i> | <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 |
| | Dis son nom, son sexe et son âge | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| | Dis « 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 |
| COMPORTEMENT | |
| 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 |
| SYNTHESE EXAMEN NEUROLOGIQUE | |
| 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>) |
| | <input type="checkbox"/> Mineure (<i>l'enfant ne marche pas seul ou sans soutien</i>) |
| EXAMEN NEUROSENSORIEL | |
| OPHTALMOLOGIQUE | |
| 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 |
| ORL | |
| 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 |
| FAMILLE | |
| 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 |
| Salaire(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 | |