

EXAMEN 5 ANS

Date d'examen : Nom du Médecin examinateur:

ADMINISTRATIF	
Nom de l'enfant	
Prénom de l'enfant	
Date de naissance / /
L'enfant vit avec	<input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Mère <input type="checkbox"/> Père <input type="checkbox"/> Famille accueil
Divorce, séparation des parents	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>Adresse parents ou mère</u>
Téléphone fixe parents ou mère	
Téléphone portable de la mère	
Adresse Mail	
<u>Adresse père</u> (Si différente)
Téléphone portable du père	
Adresse mail	
Nom et Adresse famille d'accueil
Téléphone famille d'accueil	
Téléphone des grands-parents	
CROISSANCE	
Poids Percentile.....
Taille DS
PC DS
IMC Percentile.....

SOMMEIL	
Difficulté d'endormissement ou réveils nocturnes au moins 1 soir sur 2	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ronflements nocturnes réguliers	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Enurésie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
EXAMEN SOMATIQUE	
<u>PULMONAIRE</u>	
Asthme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Traitement de fond	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, précisez :
<u>CARDIOVASCULAIRE</u>	
Tension Artérielle	<input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Hypertension Valeur : /
Fréquence Cardiaque	Valeur :
<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, précisez :
COMPORTEMENT/ SOCIALISATION	
Les parents décrivent-ils leur enfant comme étant spécialement (plus que les enfants du même âge) :	
Anxieux ?	<input type="checkbox"/> tout à fait <input type="checkbox"/> pas spécialement <input type="checkbox"/> pas du tout
Timide ?	<input type="checkbox"/> tout à fait <input type="checkbox"/> pas spécialement <input type="checkbox"/> pas du tout
Intolérant à la frustration ?	<input type="checkbox"/> tout à fait <input type="checkbox"/> pas spécialement <input type="checkbox"/> pas du tout
Incapable de se concentrer longtemps sur une même activité (dessin, coloriage) ? Ou change de jeu tout le temps ?	<input type="checkbox"/> tout à fait <input type="checkbox"/> pas spécialement <input type="checkbox"/> pas du tout
L'enfant éprouve-t-il des difficultés pour bien s'entendre avec ses frères et sœurs ou camarades de classe ?	<input type="checkbox"/> tout à fait <input type="checkbox"/> pas spécialement <input type="checkbox"/> pas du tout
SCOLARITE	
Classe fréquentée	<input type="checkbox"/> Moyenne Section <input type="checkbox"/> Grande Section
Présence d'une AVS	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Classe Spécialisée	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

EXAMEN NEUROLOGIQUE	
Hypertonie spastique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Ataxie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Dyskinésie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
si Oui à dyskinésie	<input type="checkbox"/> hypotonie <input type="checkbox"/> tonus variable <input type="checkbox"/> choréoathétose
Paralysie cérébrale	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui :	<input type="checkbox"/> Monoplégie <input type="checkbox"/> Diplégie <input type="checkbox"/> Hémiplégie/parésie <input type="checkbox"/> Tétraplégie/ parésie
Si Oui, préciser le niveau de paralysie	<input type="checkbox"/> Sévère (l'enfant ne tient pas assis) <input type="checkbox"/> Modérée (l'enfant ne tient pas debout) <input type="checkbox"/> Mineure (l'enfant ne marche pas seul ou sans soutien)
EXAMEN NEUROSENSORIEL	
<u>OPHTALMOLOGIQUE</u>	
Strabisme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Trouble de la vision	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, précisez	<input type="checkbox"/> amblyope <input type="checkbox"/> astigmatisme <input type="checkbox"/> myope <input type="checkbox"/> hypermétrope <input type="checkbox"/> ne sais pas
Port de lunette	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<u>ORL</u>	
Trouble de l'audition connu et suivi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Test de la voix chuchotée	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal
Appareillage	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ENVIRONNEMENT FAMILIAL	
Nombre d'enfants vivant au foyer + cet enfant
Fratrie	<input type="checkbox"/> plus agé(s) <input type="checkbox"/> moins agé(s) <input type="checkbox"/> les deux
Environnement tabagique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Précarité sociale- (minima sociaux)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

PRISE EN CHARGE spécialisée	
Orthophonie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Psychomotricité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Kinésithérapie	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Médecin de rééducation fonctionnelle	<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 ET ALLOCATIONS	
Prise en charge ALD	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Prise en charge MDPH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
(Allocation Education Handicapé) AEH	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Suivi par SESSAD	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Suivi par ASE	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre

SUIVI MEDICALPEDIATRE

Nom

Adresse

MEDECIN TRAITANT

Nom

Adresse

CONCLUSIONExistence d'une paralysie cérébrale Oui NonInjection de toxine botulinique Oui NonExistence de trouble sensoriel Oui NonExistence de trouble avéré du comportement Oui Non Lequel ?Autres pathologies Oui Non

Si Oui, préciser

AU TOTALEXAMEN CLINIQUE Normal PathologiqueHANDICAP NEUROLOGIQUE Oui Non

CONCLUSION

EDA A PREVOIR Oui NonSI NON déjà réalisé Non évaluable Refus parents

Une Évaluation des fonctions cognitives et Apprentissages est à prévoir en classe de Grande Section, 1^{er} ou 3^{ème} trimestre.

Elle a pour objectif de dépister des troubles et de proposer un bilan approfondi et /ou une prise en charge spécialisée.

Les parents seront invités à prendre RDV auprès d'un professionnel formé à l'EDA (nouvelle BREV) afin de passer cette batterie de tests.

Il est important de leur préciser la période et de leur indiquer le nom des professionnels compétents.

NB : Certains enfants pourront ne pas réaliser cette évaluation (enfant qui a déjà été évalué, handicap cognitif connu, troubles du comportement majeur...)