



EXAMEN 7 ANS

7 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
<b><u>Adresse parents ou mère</u></b>	..... ..... ..... .....
Téléphone fixe parents ou mère	
Téléphone portable de la mère	
Adresse mail	
<b>Adresse père</b> (Si différente)	..... ..... ..... .....
Téléphone portable du père	
Adresse mail	
<b>Nom et Adresse famille d'accueil</b>	..... ..... ..... .....
Téléphone famille d'accueil	
<b>Téléphone des grands-parents</b>	
<b>Evènements familiaux récents</b>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui lesquels : ..... ..... ..... .....

**SOMMEIL**

Troubles du sommeil  Oui  Non

Remarque :

.....  
 .....

**HABITUDES ALIMENTAIRES**

Troubles alimentaires  Oui  Non

Troubles de l'oralité  Oui  Non

Remarque

.....  
 .....

**PROPRETE**

Enurésie  Oui  Non

Remarque

.....  
 .....

**AUTONOMIE**

S'habille seul  Oui  Non

Fait sa toilette seul  Oui  Non

Sait faire du vélo sans roulette  Oui  Non

Remarque

.....  
 .....

**BILAN METABOLIQUE****CARDIOVASCULAIRE**

Tension Artérielle  Normale  Hypertension

Valeur : ..... / .....

Fréquence Cardiaque Valeur : .....

Périmètre abdominal .....(point de référence ombilic)

Rapport périmètre abdo/taile ..... (si > 0,5 risque métabolique)

**EXAMEN**

Rebond d'adiposité précoce  Oui  Non

Si oui à quel âge .....

Autre pathologie chronique  Oui  Non Si Oui, précisez : .....

Bandelette urinaire : Protéinurie  0  +  ++  +++

Si positif faire examen urinaire sur échantillon  Protéinurie/créatinurie et micro-albuminurie

**CROISSANCE**

Poids	.....	Percentile .....
Taille	.....	DS .....
PC	.....	DS .....
IMC	.....	Percentile .....
Obésité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, <input type="checkbox"/> Suivi REPOP <input type="checkbox"/> Autre suivi <input type="checkbox"/> Pas de suivi	

**COMPORTEMENT/ SOCIALISATION**

Les parents décrivent-ils leur enfant comme étant spécialement :

Agité	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Calme	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Aime jouer	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Temps passé devant un écran (télé, jeux vidéo...)	<input type="text"/> h/j

**SCOLARITE**

Classe fréquentée	<input type="checkbox"/> Grande section <input type="checkbox"/> CP <input type="checkbox"/> CE1 <input type="checkbox"/> Autre
Présence d'une AESH (AVS)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Apprentissages scolaires	<input type="checkbox"/> Facile <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/> Très difficile
Ces difficultés scolaires ont-elles été repérées	<input type="checkbox"/> Par la famille <input type="checkbox"/> Par l'école <input type="checkbox"/> Par les deux
Concentration	<input type="checkbox"/> Facile <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/> Très difficile
Comportement à l'école	<input type="checkbox"/> Calme <input type="checkbox"/> Agité <input type="checkbox"/> Très agité
A des copains	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**SOCIABILITE**

Commence à lire seul	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Participe aux activités de groupe	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Activités extrascolaires	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**FAIRE SORTIR LES PARENTS POUR LA SUITE DE L'EXAMEN**

Les parents remplissent le questionnaire en salle d'attente si ce n'est pas encore fait

**QUESTIONNAIRE de SATISFACTION (si pas rempli) donné aux parents :**     Oui     Non

LANGAGE	
Langage spontané normal	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Connaît les jours de la semaine	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Connaît les 4 saisons	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Connaît sa date de naissance	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<b>Lit les phrases (voir sur feuille) :</b>	
Papa répare sa moto	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Elle porte une carte à la poste	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si non pourquoi :	..... ..... .....

MOTRICITE GLOBALE	
Marche sur une ligne virtuelle (à pas de fourmis)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Saute en écartant puis rapprochant ses jambes et ses bras 3 fois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Attrape une balle en rebond	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

MOTRICITE FINE / PRAXIES	
Fait les nœuds de ses lacets	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Copie un triangle (schéma sur feuille)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Copie un losange (schéma sur feuille)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Copie une figure complexe (schéma sur feuille)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Par imitation, gonfle les joues	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Par imitation, tire la langue en bas	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

RETOUR DES PARENTS A CE JOUR, PRISE EN CHARGE spécialisée de l'enfant	
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
Suivi psychologique ou pédopsych	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Autre	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si Oui, lequel : .....

SUIVI MEDICAL	
<b><u>PEDIATRE QUI SUIT L'ENFANT</u></b>	Nom : .....
	Adresse : .....
<b><u>MEDECIN TRAITANT</u></b>	Nom : .....
	Adresse : .....

CONCLUSION	
Existence de trouble avéré du comportement	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Lequel ?
Autres pathologies	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si Oui, préciser	.....

AU TOTAL	
EXAMEN CLINIQUE	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pathologique
CONCLUSION	..... ..... .....
QUESTIONNAIRE DE SATISFACTION récupéré <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
CONCLUSION DE SUIVI	
Sortie du réseau expliquée aux parents	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Je continue de le voir	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Le médecin traitant continuera le suivi	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
J'oriente l'enfant et sa famille	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si Oui Une consultation spécialisée	<input type="checkbox"/> Pédiatre pilote hospitalier <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Endocrinologue <input type="checkbox"/> Neuropédiatre <input type="checkbox"/> Ophtalmologiste <input type="checkbox"/> Pédopsychiatre <input type="checkbox"/> Autre : .....
Un bilan spécialisé +/- une prise en charge	<input type="checkbox"/> Orthophoniste <input type="checkbox"/> Kinésithérapeute <input type="checkbox"/> Psychomotricien <input type="checkbox"/> Ergothérapeute <input type="checkbox"/> Neuropsychologue <input type="checkbox"/> Psychologue <input type="checkbox"/> Orthoptiste <input type="checkbox"/> Autre : .....
Une structure de soins	<input type="checkbox"/> CMPP <input type="checkbox"/> Réseau dys <input type="checkbox"/> Autre : .....
<input type="checkbox"/> Prise en charge 100% <input type="checkbox"/> Dossier MDPH déposée <input type="checkbox"/> AEEH	

Commentaires éventuels : .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....