



DOSSIER DE SUIVI

examen

24 mois

Nom de l'enfant :

Prénom :

Date de naissance :

Date de l'examen* :

Nom du médecin référent* :

Nom et qualité examinateur de ce jour* :

Nom et statut accompagnateur de l'enfant présent* :

PRISE EN CHARGE

Le patient est-il toujours hospitalisé ? ☐ oui ☐ non

Evènements médicaux ou familiaux importants depuis la dernière consultation ?

La consultation de recours a-t-elle été demandée à la consultation précédente* :

La prise en charge a-t-elle été demandée lors de la consultation précédente* :

La prise en charge a-t-elle débuté* ?

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Nom du professionnel* : ou de l'institution* : Date de début* : Fréquence* :	Raison* ? <input type="checkbox"/> Pas de démarche parentale car n'en voit pas l'intérêt par rapport à la santé de l'enfant <input type="checkbox"/> Pas de démarche parentale car n'a pas eu le temps de chercher ou contacter le professionnel <input type="checkbox"/> Institution ou professionnel indisponible ou en attente <input type="checkbox"/> Institution ou Professionnel disponible mais organisation familiale complexe pour s'y rendre Demande PCO faite ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

CROISSANCE

Poids :	g	P	Age réel :	SA
Taille :	cm	DS	Age corrigé :	SA
PC :	cm	P		

TRAITEMENTS

Vaccinations*	<input type="checkbox"/> à jour	<input type="checkbox"/> échéance proche	<input type="checkbox"/> rattrapage à programmer
Anticorps monoclonal anti VRS	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
<input type="checkbox"/> Vitamine D	<input type="checkbox"/> Autre traitement, préciser :		

EVOLUTION SOMATIQUE

TROUBLE RESPIRATOIRE ACTUEL *

<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui* (1 case cochée au minimum)
	<input type="radio"/> O ₂ en continu <input type="radio"/> O ₂ en discontinu <input type="radio"/> corticothérapie inhalée <input type="radio"/> béta mimétiques inhalés <input type="radio"/> bronchiolites, préciser le nombre d'épisodes : <input type="radio"/> autre traitement, à préciser

TROUBLE NEUROLOGIQUE *

<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui* (1 case cochée au minimum)
	<input type="radio"/> convulsion* (1 case au minimum) <ul style="list-style-type: none"> ▪ aucun traitement ▪ bien contrôlées par le traitement ▪ mal contrôlées par le traitement <input type="radio"/> dérivation ventriculaire <input type="radio"/> imagerie récente, à préciser : <input type="radio"/> autre*, à préciser

TROUBLE DIGESTIF *

<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui* (1 case cochée au minimum)
	<input type="radio"/> sonde naso-gastrique <input type="radio"/> gastrostomie <input type="radio"/> symptomatologie de Reflux Gastro-Œsophagien <input type="radio"/> autre, à préciser

AUTRES PATHOLOGIES SOMATIQUES EN CLAIR

--

* Items obligatoires

HABITUDES DE VIE

VECU PARENTAL

Environnement soutenant	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> ne sait pas
-------------------------	------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

MODE DE VIE * (1 case cochée au minimum)

- ☐ avec les 2 parents
- ☐ avec la mère
- ☐ avec le 2^{ème} parent
 - ☐ mesures d'Aide Sociale à l'Enfance (ASE)
 - ☐ famille d'accueil
 - ☐ pouponnière
 - ☐ placement à domicile
 - ☐ Aide Educative à Domicile (AED)
 - ☐ Aide Educative en Milieu Ouvert (AEMO)
 - ☐ placement chez un tiers digne de confiance
- ☐ autre, à préciser :

MODES DE GARDE * (1 case cochée au minimum)

- ☐ parents
- ☐ crèche
- ☐ assistante maternelle
- ☐ garde à domicile
- ☐ autre, à préciser :

Evènements médicaux / familiaux marquants récents

VECU FAMILIAL

APPRECIATION GENERALE DE LA QUALITÉ DE VIE FAMILIALE PAR LES PARENTS *

	mère	2eme parent
Pas de répercussion sur la vie familiale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contrainte modérée ayant peu d'impact	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inquiétudes et contraintes importantes avec impact notable sur la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sent fatigué</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Se sent inquiet</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Sensation d'isolement</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Impact très lourd ayant complètement bouleversé la famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A la sensation de ne pas avoir établi un lien sûr avec son bébé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TRAITEMENTS ET/OU CONSOMMATION DE SUBSTANCES ACTUELS *

	mère	2eme parent
Rien à signaler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
traitement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anti-dépresseurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anxiolytiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
somnifères	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autres psychotropes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lithium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
traitement substitutif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre, à préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autres toxiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
cocaïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
héroïne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
autre, à préciser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

COMPORTEMENT A DOMICILE

SOMMEIL *

QUALITE DU SOMMEIL *

<input type="checkbox"/> Pas de problème ou petites difficultés facilement résolues : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Coucher régulier avant 21h <input type="checkbox"/> S'endort facilement <input type="checkbox"/> Au moins une sieste par jour <input type="checkbox"/> Pas de réveil nocturne <input type="checkbox"/> Absence de comportement inhabituel pendant le sommeil (ronflements, apnées, cauchemars...) 	<input type="checkbox"/> Difficultés moyennes demandant une implication particulière des parents <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Difficultés d'endormissement <input type="checkbox"/> Réveils nocturnes fréquents <input type="checkbox"/> Absence de sieste <input type="checkbox"/> Ronflements 	<input type="checkbox"/> Troubles durables et quasi quotidiens du sommeil : (PCO comportement) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Endormissement très long >30 mn <input type="checkbox"/> Temps de sommeil insuffisant <input type="checkbox"/> Inversion du cycle jour/nuit
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

ALIMENTATION ET ORALITE *

Enfant a plaisir à s'alimenter	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Morceaux acceptés	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Repas partagés en famille	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

QUALITE DE L'ALIMENTATION SELON LA FAMILLE *

<input type="checkbox"/> Pas de problème ou petites difficultés facilement résolues <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Apprécie toutes les textures <input type="checkbox"/> Mache les aliments <input type="checkbox"/> Mange à la cuillère <input type="checkbox"/> Accepte de goûter les aliments nouveaux (petites difficultés possibles à cet âge) 	<input type="checkbox"/> Difficultés moyennes demandant une implication particulière des parents <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Petit appétit <input type="checkbox"/> Réflexe nauséux exacerbé <input type="checkbox"/> Grignotage intempestif <input type="checkbox"/> Refus des nouveaux aliments <input type="checkbox"/> Refuse le brossage des dents 	<input type="checkbox"/> Difficultés de prises alimentaires importantes, précoces, quotidiennes <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> N'accepte que les textures très lisses <input type="checkbox"/> Refus de la cuillère <input type="checkbox"/> Fausses routes ou toux <input type="checkbox"/> Réflexe nauséux massif <input type="checkbox"/> Durée des repas très longue >30 min (PCO comportement) <input type="checkbox"/> Grande sélectivité alimentaire inhabituelle pour l'âge (PCO comportement) <input type="checkbox"/> Refuse de toucher les aliments
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* Items obligatoires

DOMAINE SENSORIEL ET PAIRES CRANIENNES

VISAGE

Imite certains bruits de bouches et/ou souffle et/ou fait un bisou	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
--------------------------------------------------------------------	------------------------------	------------------------------

VISION * Toute réponse rouge nécessite une consultation ophtalmologique.

POURSUITE DE LA CIBLE SUR UN ARC COMPLET (horizontal sur 180°, vertical et circulaire) *

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
<input type="checkbox"/> troubles de la réfraction <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> hypermétropie <input type="checkbox"/> astigmatisme <input type="checkbox"/> myopie <input type="checkbox"/> correction optique	<input type="checkbox"/> strabisme ou réflexe pupillaire excentré <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> œil droit <input type="checkbox"/> œil gauche <input type="checkbox"/> plafonnement, errance du regard <input type="checkbox"/> nystagmus <input type="checkbox"/> hypersensibilité à la lumière <input type="checkbox"/> poursuite oculaire sur cible uniquement <input type="checkbox"/> enfant qui se cogne, bute sur les obstacles <input type="checkbox"/> cécité

EXAMEN DE L'ŒIL *

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> non *
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> globes oculaires de taille normale <input type="checkbox"/> cornées transparentes <input type="checkbox"/> pupilles normales <input type="checkbox"/> lueurs pupillaires présentes et symétriques 	Signes d'alerte : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> larmoiement clair <input type="checkbox"/> photophobie <input type="checkbox"/> exophtalmie (glaucome) <input type="checkbox"/> leucocorie (cataracte) <input type="checkbox"/> reflet non centré sur la pupille <input type="checkbox"/> fixation instable

CONSULTATION OPHTALMOLOGIQUE avec bilan orthoptique recommandée entre 9 et 12 mois

déjà réalisée, résultat * :	<input type="checkbox"/> demandée
-----------------------------	-----------------------------------

AUDITION*

S'oriente facilement à la voix *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> difficile à obtenir	<input type="checkbox"/> réaction douteuse ou asymétrique
Crie, parle fort	<input type="checkbox"/> non		<input type="checkbox"/> oui
Examen des tympans	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> difficile	<input type="checkbox"/> anormal à <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> Infections ORL à répétition

DEPISTAGE AUDITIF NEONATAL (si non renseigné avant)

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal
<input type="checkbox"/> PEA	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> à droite <input type="checkbox"/> à gauche
<input type="checkbox"/> OEA	<input type="checkbox"/> non réalisé

CONTROLE AUDITION *

<input type="checkbox"/> Sensory baby test : <input type="checkbox"/> Audiogramme demandé * <input type="checkbox"/> Audiogramme réalisé, résultat :	<input type="checkbox"/> Surdité appareill��e
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------

CONSULTATION ORL

déjà r��alis��e, résultat :	<input type="checkbox"/> demand��e
--------------------------------	------------------------------------

* Items obligatoires

COMPORTEMENT ET SOCIALISATION

EXPOSITION AUX ECRANS *

<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui
------------------------------	------------------------------

REGULATION ET COMPORTEMENT *

Enfant facile à consoler et à comprendre *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Se régule lors des différentes situations de l'examen et ses émotions se modulent en douceur *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Début des colères et de l'opposition maîtrisable	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
S'ajuste au portage	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Se calme facilement seul ou avec son parent	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Pleurs fréquents, enfant difficile à consoler et à comprendre <input type="checkbox"/> Enfant excitable, hypervigilance, soins du quotidien mal supportés) <input type="checkbox"/> Enfant inhibé et inquiet <input type="checkbox"/> N'aime pas être pris dans les bras <input type="checkbox"/> Ne se tourne pas vers l'adulte lors des situations de détresse <input type="checkbox"/> Intolérance à la frustration <input type="checkbox"/> Hétéro agressivité	<input type="checkbox"/> Aversion au contact corporel <input type="checkbox"/> Auto-agressivité <input type="checkbox"/> Profil sensoriel et sensorimoteur particulier (PCO comportement)* <input type="checkbox"/> Difficultés à se contrôler et/ou à réguler ses émotions (PCO comportement)*	

INTERACTIONS SOCIALISATION ET INDIVIDUATION *

S'intéresse aux autres enfants*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Participe à des jeux de faire semblant, d'imitation (dînette...)*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Se tourne préférentiellement vers son parent*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Pointage proto déclaratif	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Intégration progressive des interdits *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Utilise seul la cuillère (même si peu efficace) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Aime se regarder dans le miroir et se reconnaît *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Début d'autonomie : déshabillage et habillage simple	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Difficultés demandant une implication particulière des parents * <ul style="list-style-type: none"> ○ Indifférent aux séparations d'avec ses parents ○ Attachement indifférencié, va vers n'importe qui 	<input type="checkbox"/> Difficultés importantes précoces et quotidiennes * <ul style="list-style-type: none"> ○ N'accroche pas le regard ○ N'interagit qu'après sollicitations insistantes ○ N'est jamais à l'initiative de l'interaction ○ Evitement, se détourne ○ Comportements et intérêts inhabituels (PCO comportement) * 	

* **Profil sensoriel et sensorimoteur particulier (PCO comportement)** : Fascination pour les lumières et/ou objets qui tournent. Hyper – ou hypo – réactivité à certains sons et/ou textures et/ou odeurs. Indifférence ou réaction excessive à la douleur. Recherche de stimulations sensorielles (cutanées, lumineuses, olfactives...)

* **Comportements et intérêts inhabituels (PCO comportement)**: Comportement anormalement calme voire passif, bougeant très peu (hypo-mobilité) pour les enfants de moins de 24 mois. Exploration / utilisation inhabituelle des « objets » et de l'environnement. Mouvements répétitifs stéréotypés gestuels ou corporels (balancements, tournolements, déambulations, battements des mains, mouvements des doigts devant les yeux...)

* **Difficultés à se contrôler et/ou à réguler ses émotions (PCO comportement)** : Intolérance exagérée au changement de l'environnement (réactions de peur et anxiété disproportionnées ou sans objet apparent, non apaisibles et répétées). Colères violentes, répétées, inconsolables et frustrations. Hyperactivité motrice incontrôlable (se met en danger). Opposition forte et assez systématique aux adultes.

Questionnaire M-CHAT *:

<input type="checkbox"/> 0-2 Normal	<input type="checkbox"/> 3-7 A contrôler 6 mois après	<input type="checkbox"/> ≥ 8 Pathologique
-------------------------------------	-------------------------------------------------------	-------------------------------------------

EXPRESSION ET LANGAGE

Dit spontanément plus de 10 mots usuels *	<input type="checkbox"/> oui *	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Associe 2 mots (bébé dodo ; maman partie...) *	<input type="checkbox"/> oui *	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Compréhensible pour l'entourage*	<input type="checkbox"/> oui *	<input type="checkbox"/> non *
Langage expressif avec prosodie *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Nomme au moins une image (chat, ballon, voiture...)*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Utilise son prénom ou début du « moi » pour parler de lui	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Comprend les consignes simples du quotidien hors contexte	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critère PCO)*
Montre 5 parties de son corps	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Désigne 2 images parmi 5 sur consigne orale (chat, ballon, voiture...)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
<input type="checkbox"/> Ne cherche pas à se faire comprendre <input type="checkbox"/> Voix peu modulée <input type="checkbox"/> N'obéit que si l'ordre est accompagné du geste <input type="checkbox"/> Ne dit que 10 à 50 mots	<input type="checkbox"/> pas d'intérêt pour le langage de l'autre <input type="checkbox"/> ne s'exprime que par gestes ou cris <input type="checkbox"/> aucun mot <input type="checkbox"/> Pas de nouveau mot depuis 3 mois (stagnation) <input type="checkbox"/> Régression du langage <input type="checkbox"/> Ne comprend pas ce qu'on attend de lui	
<input type="checkbox"/> Langue étrangère parlée à la maison :		

* Items obligatoires

MOTRICITÉ FINE ET PRAXIES

PREHENSION ET COORDINATION *

Pince pulpaire : Prend les petits objets entre le pouce et l'index (des 2 mains) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Utilise les 2 mains en alternance avec une bonne coopération bimanuelle *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
<input type="checkbox"/> Ne regarde pas l'objet attrapé <input type="checkbox"/> S'agrippe fréquemment à ses vêtements <input type="checkbox"/> Préhension maladroite ou crispée avec difficultés à lâcher l'objet <input type="checkbox"/> Ne croise pas la ligne médiane <input type="checkbox"/> Dysmétrie	<input type="checkbox"/> aversion/évitement du contact tactile, de certaines textures ou tissus (PCO comportement). <input type="checkbox"/> Asymétrie : côté pathologique <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche	

ORGANISATION DES JEUX *

Empile 5 cubes (sur modèle) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Encastre des formes géométriques simples (rond, carré, triangle) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Peut pointer un objet ou une image qui vient d'être montré(e) sur la table ou dans un livre	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Aligne 3 cubes pour faire un train	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Tourne les pages d'un livre en regardant les images *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Gribouille	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Peut reproduire un trait vertical sur démonstration	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Utilisation seul des écrans	<input type="checkbox"/> Ne fait que jeter, déballer, éparpiller <input type="checkbox"/> Agité, impossible à poser sur une activité <input type="checkbox"/> Jeux répétitifs ou sans partage avec l'adulte	<input type="checkbox"/> Exploration / utilisation étrange des « objets » et de l'environnement (PCO comportement) * <input type="checkbox"/> Aversion / évitement du contact tactile, de certaines textures ou tissus (PCO comportement) *

DOMAINE POSTURAL ET MOTEUR

POSTURE SPONTANEE

TONUS AXIAL *

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> excès de tonus postérieur <input type="checkbox"/> asymétrie D-G (attitude en virgule) : côté hypertonique : <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> hypotonie
---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------

ACTIVITE MOTRICITE

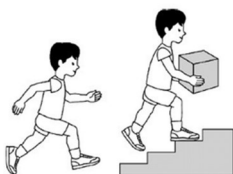
MOTRICITE SPONTANEE SUR LE DOS (entourez les cases correspondantes) *

MOUVEMENTS				ASYMETRIE-COMMENTAIRE
QUANTITE *	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> excessifs ou restreints, pauvres	<input type="checkbox"/> minimales ou absentes	Côté pathologique <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche
QUALITE *	<input type="checkbox"/> libres, alternatifs, sans saccade, bon enchaînement moteur	<input type="checkbox"/> saccadés, léger tremblement, peu fluide, stéréotypés, pauvre, peu variée	<input type="checkbox"/> absente <input type="checkbox"/> asymétrie de mouvements	Côté pathologique <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche

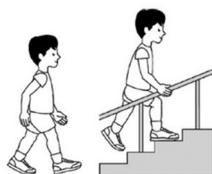
DEPLACEMENTS*

<input type="checkbox"/> Court avec des mouvements coordonnés des bras *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critère PCO) *
<input type="checkbox"/> Monte les escaliers marche par marche (seul ou avec aide) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critère PCO) *
<input type="checkbox"/> Shote dans un ballon (après démonstration) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critère PCO) *
<input type="checkbox"/> Sautte sur place *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
<input type="checkbox"/> Lance le ballon	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Âge de la marche autonome (en AC) * : <input type="checkbox"/> Marche autonome, fluide, avec déroulement correct du pas <input type="checkbox"/> Accélération et changements de direction lors de la marche <input type="checkbox"/> S'adapte facilement aux différentes surfaces <input type="checkbox"/> Changements de position accroupi-débout faciles	<input type="checkbox"/> Enfant peu explorateur <input type="checkbox"/> Ne saute pas sur place	<input type="checkbox"/> Pointe des pieds, équin <input type="checkbox"/> Marche atypique (raide, sautillante, ataxique, inégalité du pas, fauchage ; Mb sup en chandeliers...) <input type="checkbox"/> Asymétrie dans les appuis et les transitions de posture <input type="checkbox"/> Paralysie cérébrale : <input type="checkbox"/> Diplopie <input type="checkbox"/> Hémiplégie <input type="checkbox"/> Quadriplégie

EVALUATION GMFCS



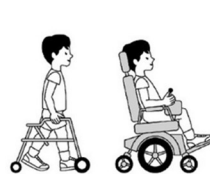
GMFCS Level I



GMFCS Level II



GMFCS Level III



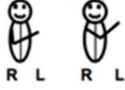

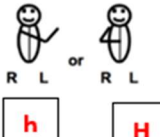


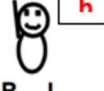



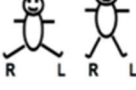


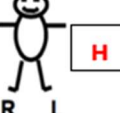


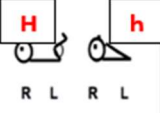
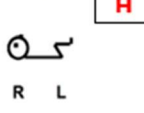
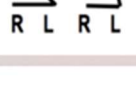
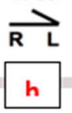
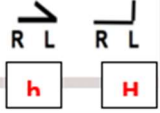
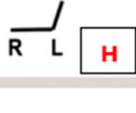
GMFCS Level IV

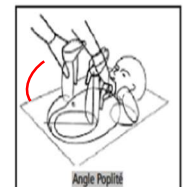
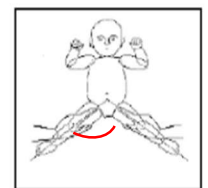


GMFCS Level V

* Items obligatoires

EXAMEN NEUROMOTEUR : EVALUATION DU TONUS PERIPHERIQUE

					asymétrie/ commentaire
Manœuvre du Foulard Prendre la main de l'enfant et croiser le bras jusqu'à résistance. Noter la position du coude par rapport à la ligne médiane	Amplitude : 				
Élévation passive de l'épaule Lever le bras de l'enfant au-dessus de la tête. Noter la résistance au niveau du coude et de l'épaule.	Résistance mais surmontable 	Résistance difficile à surmonter 	Aucune résistance 	Résistance non surmontable 	
Prono-supination Maintenir le bras et effectuer un mouvement de prono supination. Noter la résistance	Pronation et supination complète. Pas de résistance		Résistance à la prono supination surmontable 	Pronation et supination incomplète. Résistance prononcée 	
Angle des adducteurs Tenir les jambes de l'enfant en extension et les emmener en abduction maximale. Noter l'angle.	Amplitude : 150° - 80° 	150-160° 	>170° 	<80° 	
Angle poplité Bassin maintenu sur la table, fléchir les 2 jambes simultanément sur l'abdomen et étendre les genoux jusqu'à résistance. Noter l'angle entre la cuisse et la jambe.	Amplitude 150-100° 	150-160° 	~90° ou > 170° 	<80° 	
Dorsiflexion Genou étendu, faire une dorsiflexion de la cheville. Noter l'angle entre le pied et la jambe.	Amplitude 30-85° 	20-30° 	<20° ou 90° 	>90° 	



CONCLUSION SUR LE TONUS PERIPHERIQUE *

Tonus membres supérieurs

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hypotonie (= h pour foulard, élévation épaule ou pronosupination) <input type="checkbox"/> hypertonie (= H pour mêmes items) <input type="checkbox"/> asymétrie <ul style="list-style-type: none"> ○ droit plus relâché ○ gauche plus relâché
---------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tonus des membres inférieurs

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hypotonie (= h pour adducteurs, poplité ou dorsiflexion°) <input type="checkbox"/> hypertonie (= H aux mêmes items) <input type="checkbox"/> asymétrie <ul style="list-style-type: none"> ○ droit plus relâché ○ gauche plus relâché <input type="checkbox"/> spasticité
---------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* Items obligatoires

SYNTHESE DE LA CONSULTATION

☐ Enfant malade ou indisponible pendant la consultation ☐ ASQ renseigné par les parents ☐ OUI ☐ NON

L'EXAMEN MET EN EVIDENCE OU SUSPECTE DES DIFFICULTES

- | | | | |
|--------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Domaine somatique | <input type="checkbox"/> Oralité | <input type="checkbox"/> Communication : | <input type="checkbox"/> Motricité fine |
| <input type="checkbox"/> Croissance | <input type="checkbox"/> Sommeil | expression et langage | <input type="checkbox"/> Motricité globale : |
| <input type="checkbox"/> Vécu parental | <input type="checkbox"/> Vision | <input type="checkbox"/> DVP relationnel : | postural et moteur |
| <input type="checkbox"/> Comportement | <input type="checkbox"/> Audition | socialisation et éveil | <input type="checkbox"/> Examen neuromoteur |

RESSENTI DE L'EXAMINATEUR AVEC L'ENFANT

☐ Plaisir ☐ Effort ☐ Contact impossible

COMMENTAIRES DES PARENTS OU AUTRES PREOCCUPATIONS

CONSULTATION DE RECOURS DEMANDEE

<input type="checkbox"/> Audiogramme	<input type="checkbox"/> Médecin physique rééducateur	<input type="checkbox"/> Ophtalmologiste	<input type="checkbox"/> Orthopédiste	<input type="checkbox"/> Pneumo pédiatre
<input type="checkbox"/> Gastro pédiatre	<input type="checkbox"/> Neuropédiatre	<input type="checkbox"/> ORL	<input type="checkbox"/> Pédiopsychiatre	<input type="checkbox"/> Autre

PRISE EN CHARGE PROPOSEE

Institution	Nouvelle demande	Prise en charge en attente	PEC en cours	Nom et fréquence	PEC terminée	Remarques
<input type="checkbox"/> CAMSP		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Réseau de Psychiatrie périnatale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> CMPP		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> CMPEA		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> CSMI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> SESSAD		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> MDSI/PMI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

Libéral	Nouvelle demande	Prise en charge en attente	PEC en cours	Nom et fréquence	PEC terminée	Remarques
<input type="checkbox"/> Kinésithérapeute		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Psychomotricien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Orthophoniste		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ergothérapeute		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Orthoptiste		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Psychologue		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Pédiopsychiatre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Autre		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	

EXAMENS COMPLEMENTAIRES EVENTUELS

DEMANDES EVENTUELLES

<input type="checkbox"/> Orientation PCO	<input type="checkbox"/> à faire <input type="checkbox"/> demande en cours	<input type="checkbox"/> obtenue <input type="checkbox"/> terminée	<input type="checkbox"/> refusée
<input type="checkbox"/> ALD	<input type="checkbox"/> à faire <input type="checkbox"/> demande en cours	<input type="checkbox"/> obtenue <input type="checkbox"/> terminée	
<input type="checkbox"/> MDPH	<input type="checkbox"/> à faire <input type="checkbox"/> demande en cours	<input type="checkbox"/> obtenue <input type="checkbox"/> refusée	

CONCLUSION

<input type="checkbox"/> L'enfant va bien et sera revu à 3 ans ou dans _____ mois	<input type="checkbox"/> L'examen met en évidence ou suspecte des difficultés. Date du prochain RDV : (pouvant être avancée si clignotants)
-----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

RAISONS SI SORTIE DU SUIVI

- ☐ Déménagement
☐ Refus des parents
☐ Orientation institution
☐ Décès
☐ Autre :

* Items obligatoires