



DOSSIER DE SUIVI

examen

Neuf 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 nocturne <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

PLEURS ET COMPORTEMENT *

Enfant facile à consoler et à comprendre *?

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
	<input type="checkbox"/> Pleurs fréquents, enfant difficile à consoler et à comprendre <input type="checkbox"/> Pleurs Intenses, impact sur la vie familiale <input type="checkbox"/> Enfant anormalement calme, voire passif, qui peut se faire oublier (PCO comportement)

SOMMEIL *

QUALITE DU SOMMEIL *

<input type="checkbox"/> Pas de problème ou petites difficultés facilement résolues	<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 en dehors des tétées 	<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
---	---	--

COUCHAGE SELON LES RECOMMANDATIONS *

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

EXPOSITION AUX ECRANS *

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

* Items obligatoires

ALIMENTATION ET ORALITÉ

ALLAITEMENT *

<input type="checkbox"/> maternel exclusif	<input type="checkbox"/> arrêté, préciser la durée :	<input type="checkbox"/> mixte	<input type="checkbox"/> artificiel
Enfant a plaisir à s'alimenter	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
Diversification alimentaire	<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 les textures moulignées <input type="checkbox"/> Début des petits morceaux 	<input type="checkbox"/> Difficultés moyennes demandant une implication particulière des parents <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Réflexe nauséux exacerbé <input type="checkbox"/> Régurgitations <input type="checkbox"/> N'accepte pas autre chose que du lait <input type="checkbox"/> N'accepte que les textures très lisses 	<input type="checkbox"/> Difficultés de prises alimentaires importantes, précoces, quotidiennes <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Difficultés de succion <input type="checkbox"/> Fausses routes ou toux <input type="checkbox"/> Durée des repas très longue >30 min (PCO comportement) <input type="checkbox"/> Ne réclame jamais <input type="checkbox"/> Refus de la cuillère <input type="checkbox"/> Fuite de lait par la commissure des lèvres, bavage excessif <input type="checkbox"/> Grande sélectivité alimentaire inhabituelle pour l'âge (PCO comportement) <input type="checkbox"/> Refuse de toucher les aliments
---	--	--

DOMAINE SENSORIEL ET PAIRES CRANIENNES

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"/> leurs 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 des 9 mois avec bilan orthoptique

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

AUDITION*

REPONSE AUDITIVE AUX STIMULI *

<input type="checkbox"/> réaction bilatérale	<input type="checkbox"/> doute *	<input type="checkbox"/> réaction douteuse ou asymétrique <input type="checkbox"/> aucune réaction	Commentaires :
S'oriente facilement à la voix *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> difficile à obtenir	<input type="checkbox"/> non
Sursaute à un bruit fort *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> difficile à obtenir	<input type="checkbox"/> non

Sensory baby test :

DEPISTAGE AUDITIF NEONATAL (si non renseigné avant)

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal
<input type="checkbox"/> PEA	<input type="checkbox"/> à droite
<input type="checkbox"/> OEA	<input type="checkbox"/> à gauche
	<input type="checkbox"/> non réalisé

CONTROLE AUDITION *

<input type="checkbox"/> demandé *	<input type="checkbox"/> surdité appareillée
<input type="checkbox"/> réalisé, résultat :	

CONSULTATION ORL

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

* Items obligatoires

COMPORTEMENT ET SOCIALISATION

REGULATION *

Se régule lors des différentes situations de l'examen (bras, tétine, stimulation,...) et ses émotions se modulent en douceur *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Apprécie d'être touché	<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"/> enfant excitable, hypervigilance, réactions excessives aux stimulations normales (sursaut, trémulations, clonies, soins du quotidien et bain mal supportés)	<input type="checkbox"/> persistance de la désorganisation malgré les propositions de contenance et de portage <input type="checkbox"/> enfant difficile à porter « glisse entre les bras » <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 *

Tourne la tête pour regarder la personne qui parle *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Sollicite le regard de l'autre, Initie la relation et relance les interactions *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Début d'attention conjointe (regarde ce que l'adulte lui montre du doigt) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Gestes sociaux : fait au revoir, bravo *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Participe au coucou- caché *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Interactions prolongées et ajustées *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Autres compétences : Répète les choses qui ont fait rire ; s'inquiète des situations inhabituelles et cherche réassurance auprès des personnes familières ; s'oppose au retrait de ses jouets	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Difficultés demandant une implication particulière des parents * <ul style="list-style-type: none"> Peut rester longuement dans son lit sans appeler N'interagit qu'après sollicitations insistantes N'est jamais à l'initiative de l'interaction Suit préférentiellement les objets par rapport aux visages Ne s'intéresse pas à l'échange proposé Indifférent aux séparations d'avec ses parents Faciès peu expressif 	<input type="checkbox"/> Difficultés importantes précoces et quotidiennes * <ul style="list-style-type: none"> N'accroche pas le regard Absence totale de regard lors des tétées Evitement, se détourne 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...)	

EXPRESSION ET LANGAGE

Sourit en réponse au sourire de l'adulte *	<input type="checkbox"/> oui *	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Vocalise des monosyllabes *	<input type="checkbox"/> oui *	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Réagit à son prénom *	<input type="checkbox"/> oui *	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Prononce des syllabes redoublées (avec consonnes) (ba ba ; ta ta ; pa pa, etc) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Babillage pour interagir : vocalises riches modulées et adressées *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
<input type="checkbox"/> mimiques faciales expressives <input type="checkbox"/> sait se faire comprendre <input type="checkbox"/> Réagit au NON <input type="checkbox"/> Imiter certains bruits de bouche	<input type="checkbox"/> peu de vocalises ou non adressées <input type="checkbox"/> peu de mimiques <input type="checkbox"/> cris sans modulations, émissions vocales monotones, bruits gutturaux	<input type="checkbox"/> bébé silencieux <input type="checkbox"/> bébé amémique <input type="checkbox"/> cri sans fonction d'appel
<input type="checkbox"/> Langue étrangère parlée à la maison :		

MOTRICITÉ FINE ET PRAXIES

PREHENSION ET COORDINATION *

Utilise une main ou l'autre, sans préférence (critères PCO) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Saisit l'objet tenu à distance (critères PCO) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Préhension volontaire bien acquise : cherche l'objet du regard et l'attrape *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Passe l'objet d'une main à l'autre *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Porte l'objet à la bouche *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Opposition pouce index (pince fine) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Croise la ligne médiane (attrape un objet à sa gauche avec sa main droite)	<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"/> aucun essai de préhension <input type="checkbox"/> aversion/évitement du contact tactile, de certaines textures ou tissus (PCO comportement). <ul style="list-style-type: none"> Asymétrie : côté pathologique <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche 	

ORGANISATION DES JEUX *

Permanence de l'objet : cherche l'objet que l'on vient de cacher devant lui (critères PCO) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
<input type="checkbox"/> Exploration plus riche de l'objet (bonne dissociation des doigts pour explorer l'objet, observe l'objet attrapé avec rotation du poignet, secoue l'objet sonore avec intention) <input type="checkbox"/> Vide la boîte <input type="checkbox"/> Aime jeter l'objet au sol et le cherche du regard	<input type="checkbox"/> N'explore l'objet qu'en le portant à la bouche ou en ne recherchant que l'intérêt sensoriel	<input type="checkbox"/> N'est intéressé que par ses mains <input type="checkbox"/> Exploration / utilisation étrange des « objets » et de l'environnement (PCO comportement) *

* Items obligatoires

DOMAINE POSTURAL ET MOTEUR



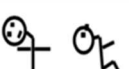






POSTURE SPONTANEE

SUR LE DOS

Capacité à se regrouper en flexion (bassin enroulé, nuque détendue, tête dans l'axe ; stable aux stimulations) *

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *	
<input type="checkbox"/> attitude en hyperextension ou en virgule mais regroupement possible avec soutien *	<input type="checkbox"/> Enfant très crispé *	<input type="checkbox"/> schéma en hyperextension malgré soutien *

TENUE DE TETE ET TRONC

Tient sa tête stable sans osciller (critères PCO) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Tient sa tête dans l'axe sans inclinaison * Si non, cocher le dessin correspondant ci-dessous :	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
<div> <div>Tête Position assise</div> <div> <input type="checkbox"/>  Droite, dans l'axe </div> </div> <div> <input type="checkbox"/>  Légère inclinaison latérale, vers l'avant ou vers l'arrière </div> <div> <input type="checkbox"/>  Inclinaison prononcée latérale, vers l'avant ou vers l'arrière </div>		
Station assise stable *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
<div> <div>Âge de la station assise *</div> <div> <input type="checkbox"/>  Droit </div> </div> <div> <input type="checkbox"/>  Légère incurvation ou inclinaison latérale </div> <div> <input type="checkbox"/>  Cyphose très prononcée </div> <div> <input type="checkbox"/>  Inclinaison arrière </div> <div> <input type="checkbox"/>  Inclinaison latérale </div>		
Pivote le tronc en position assise pour explorer les objets 	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Se protège des chutes vers l'avant et le côté (poussée latérale et parachute antérieur)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

CONCLUSION DU TONUS AXIAL *


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

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"/> minimes ou absents	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, stéréotypes, pauvre, peu variée	<input type="checkbox"/> crampes synchronisées ¹ , spasmes en extension, athétosiques, ataxiques, trémulations prononcées, dystonie, spasmes myocloniques	Côté pathologique <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche

¹Explication pour crampes synchronisées : survenue soudaine de mouvements en bloc dans lequel le tronc et les 4 membres se fléchissent ou s'étendent de façon synchrone)

Attrape ses pieds avec ses mains et enroule son bassin* 	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
---	------------------------------	--------------------------------

RETOURNEMENT*

Retournements Dos-Ventre et Ventre-Dos acquis*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Se retourne sur le ventre seul ou guidé *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> retournement d'un bloc, en extension <input type="checkbox"/> retournement unilatéral : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> toujours du côté droit <input type="checkbox"/> toujours du côté gauche <input type="checkbox"/> s'appuie toujours sur ses pieds pour initier le retournement <input type="checkbox"/> raideur du bassin	<input type="checkbox"/> reste figé sur le dos et ne participe pas au retournement guidé	

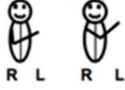

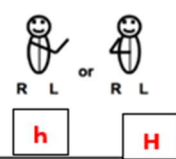






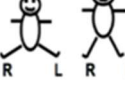


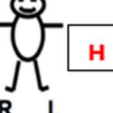
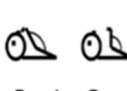


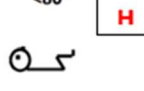
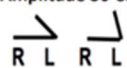

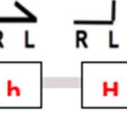
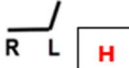
¹Quand on enroule le bassin de l'enfant et qu'on le fait pivoter vers le côté, l'enfant participe activement avec sa tête, son tronc, ses membres.

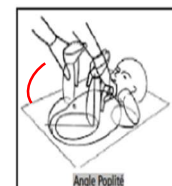
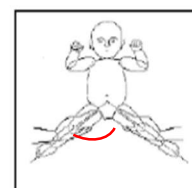
DEPLACEMENT AU SOL*

Autonomie de déplacement au sol*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Rampe avec dissociation des ceintures *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Peut se mettre à 4 pattes	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> 4 pattes symétrique <input type="checkbox"/> Debout pieds à plats <input type="checkbox"/> Marche en cabotage avec appui <input type="checkbox"/> Marche avec aide <input type="checkbox"/> Marche autonome	<input type="checkbox"/> Rampé asymétrique <input type="checkbox"/> Pas de participation des MI (se tracte sur les avant-bras) <input type="checkbox"/> 4 pattes asymétrique <input type="checkbox"/> Debout pointe des pieds	<input type="checkbox"/> Statique, aucun mode de retournement ou de déplacement

* 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 *

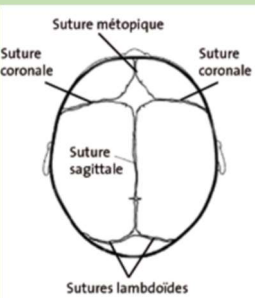
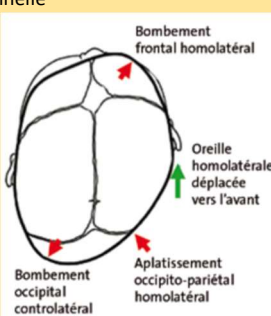
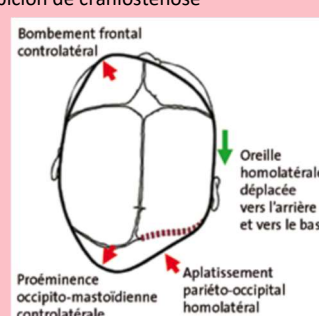
Tonus membres supérieurs

<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
	<input type="checkbox"/> droit plus relâché <input type="checkbox"/> 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
	<input type="checkbox"/> droit plus relâché <input type="checkbox"/> gauche plus relâché <input type="checkbox"/> stretch

EXAMEN DU CRANE

<input type="checkbox"/> FORME DU CRANE *normale 	<input type="checkbox"/> plagiocéphalie positionnelle <ul style="list-style-type: none"> droite gauche postérieure 	<input type="checkbox"/> suspicion de craniosténose 
---	--	---

* Items obligatoires

SYNTHESE DE LA CONSULTATION

☐ Enfant malade ou indisponible pendant la consultation

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

<input type="checkbox"/> Plaisir	<input type="checkbox"/> Effort	<input type="checkbox"/> 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"/> Pédopsychiatre	<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"/> Pédopsychiatre		<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 12 mois (d'âge corrigé) 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