



DOSSIER DE SUIVI

examen

Six 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"/> Fer	<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"/>
Se sent fatiguée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sent inquiète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensation d'isolement	<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	<input type="checkbox"/> Difficultés moyennes demandant une implication particulière des parents <ul style="list-style-type: none"> ○ Réflexe nauséux exacerbé ○ Régurgitations ○ N'accepte pas autre chose que du lait ○ Refus de la cuillère 	<input type="checkbox"/> Difficultés de prises alimentaires importantes, précoces, quotidiennes <ul style="list-style-type: none"> ○ Difficultés de succion ○ Fausses routes ou toux ○ Durée des repas très longue >30 min (PCO comportement) ○ Ne réclame jamais ○ Fuite de lait par la commissure des lèvres, bavage excessif ○ Grande sélectivité alimentaire inhabituelle pour l'âge (PCO comportement)
---	--	--

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"> ○ hypermétropie ○ astigmatisme ○ myopie <input type="checkbox"/> correction optique	<input type="checkbox"/> strabisme ou réflexe pupillaire excentré <ul style="list-style-type: none"> ○ œil droit ○ 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"/> cécité

EXAMEN DE L'ŒIL *

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

FOND D'ŒIL *

<input type="checkbox"/> FO si prématurité <input type="checkbox"/> date et résultat du dernier FO :	<input type="checkbox"/> rétinopathie du prématuré
---	--

CONSULTATION OPHTALMOLOGIQUE

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

DEPISTAGE AUDITIF NEONATAL (si non renseigné avant)

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

CONTROLE AUDITION *

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

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
<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"/> explosif et difficile à calmer	
<input type="checkbox"/> Comportements et intérêts inhabituels (PCO comportement) : <ul style="list-style-type: none"> Comportement anormalement calme voire passif, bougeant très peu (hypo-mobilité). 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...) 	<input type="checkbox"/> Profil sensoriel et sensorimoteur particulier (PCO comportement) : <ul style="list-style-type: none"> 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...) 	

INTERACTIONS *

Interactions prolongées et ajustées *

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 *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Initie la relation et relance les interactions (gesticule et vocalise en regardant intensément l'adulte) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Interactions prolongées et ajustées	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Engagement corporel dans la communication (mimiques faciales expressives, mouvements de bouche et des membres)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *

Difficultés demandant une implication des parents.

<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 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
---	--

EXPRESSION ET LANGAGE

Sourit en réponse au sourire de l'adulte *	<input type="checkbox"/> oui *	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Produit des sons variés (monosyllabes : « ba », « ga », « bo », « ma »...)*	<input type="checkbox"/> oui *	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Rit aux éclats *	<input type="checkbox"/> oui *	<input type="checkbox"/> non *
<input type="checkbox"/> mimiques faciales expressives * <input type="checkbox"/> babillage pour interagir : vocalises riches et adressées * <input type="checkbox"/> sait se faire comprendre <input type="checkbox"/> joue à pousser des cris pour attirer l'attention	<input type="checkbox"/> peu de vocalises ou non adressées <input type="checkbox"/> peu de mimiques	<input type="checkbox"/> enfant silencieux <input type="checkbox"/> enfant amimique <input type="checkbox"/> cri sans fonction d'appel

MOTRICITÉ FINE ET PRAXIES

Utilise une main ou l'autre, sans préférence (critères PCO) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Saisit l'objet tenu à distance (critères PCO) *	<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 *
Cligne les yeux à l'approche d'un objet vers l'œil gauche ou l'œil droit (critères PCO) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Porte l'objet à la bouche *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Ouvre les mains ; mouvements déliés des doigts *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
<input type="checkbox"/> Préhension volontaire bien acquise : cherche du regard et attrape l'objet <input type="checkbox"/> Croise la ligne médiane (attrape un objet à sa gauche avec sa main droite) <input type="checkbox"/> Exploration plus riche de l'objet (prise palmaire, commence à utiliser ses doigts pour explorer l'objet, l'observe, l'attrape avec rotation du poignet ; secoue l'objet sonore avec intention)	<input type="checkbox"/> ne regarde pas l'objet attrapé <input type="checkbox"/> s'agrippe fréquemment à ses vêtements	<input type="checkbox"/> aucun essai de préhension <input type="checkbox"/> aversion/évitement du contact tactile, de certaines textures ou tissus (PCO comportement). <input type="checkbox"/> Asymétrie : côté pathologique <ul style="list-style-type: none"> droit gauche

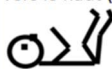
* Items obligatoires

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 *	
Membres Inf. décollés vers le haut (verticale) 	<input type="checkbox"/> attitude en hyperextension ou en virgule mais regroupement possible avec soutien *	<input type="checkbox"/> bébé 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 *								
Tient assis en tripode avec appui sur ses mains (critères PCO) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *								
Tient sa tête dans l'axe sans inclinaison * Si non, cocher le dessin correspondant ci-dessous : <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/>  Droite, dans l'axe </td> <td> <input type="checkbox"/>  Légère inclinaison latérale, vers l'avant ou vers l'arrière </td> <td> <input type="checkbox"/>  Inclinaison prononcée latérale, vers l'avant ou vers l'arrière </td> <td></td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/>  Droite, dans l'axe	<input type="checkbox"/>  Légère inclinaison latérale, vers l'avant ou vers l'arrière	<input type="checkbox"/>  Inclinaison prononcée latérale, vers l'avant ou vers l'arrière		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
<input type="checkbox"/>  Droite, dans l'axe	<input type="checkbox"/>  Légère inclinaison latérale, vers l'avant ou vers l'arrière	<input type="checkbox"/>  Inclinaison prononcée latérale, vers l'avant ou vers l'arrière								
Participe activement au tiré-assis (tête, tronc, MI) * Si non, cocher le dessin correspondant ci-dessous : <table border="1"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td> <input type="checkbox"/>  Tiré assis Tirer l'enfant par les poignets vers la position assise (soutenir la tête si nécessaire). </td> <td> <input type="checkbox"/>  </td> <td> <input type="checkbox"/>  </td> <td> <input type="checkbox"/>  </td> </tr> </table>					<input type="checkbox"/>  Tiré assis Tirer l'enfant par les poignets vers la position assise (soutenir la tête si nécessaire).	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
<input type="checkbox"/>  Tiré assis Tirer l'enfant par les poignets vers la position assise (soutenir la tête si nécessaire).	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 	<input type="checkbox"/> 							

CONCLUSION DU 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"/> minimes ou absents	
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	

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)

Asymétrie de mouvements entre les 2 hémicorps *

<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui * <input type="radio"/> côté pathologique droit <input type="radio"/> côté pathologique gauche
------------------------------	---

Attrape ses pieds ou ses genoux *

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

* Items obligatoires

MOBILITE DE LA TETE*

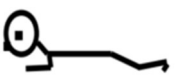
Tourne la tête pour suivre un objet dans toutes les directions (y compris vers le haut) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> réflexe tonique asymétrique du cou persistant <input type="checkbox"/> limitation de rotation de tête <ul style="list-style-type: none"> o droite o gauche
---	------------------------------	--

RETOURNEMENT*

Se tourne du dos sur le côté en enroulant son bassin *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Se retourne sur le ventre seul ou guidé * ¹	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> retournement d'un bloc, en extension <input type="checkbox"/> ne s'installe pas sur le côté <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.

MOTRICITE GLOBALE SUR LE VENTRE



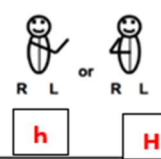










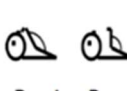

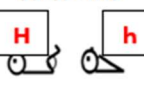
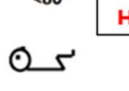
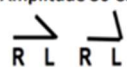

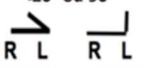
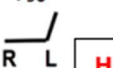
Endurant dans le redressement sur ses avant-bras, en appui sur ses mains 	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Peut parfois dégager son bras et tendre la main vers un objet	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

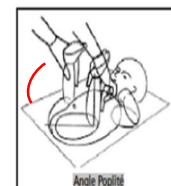
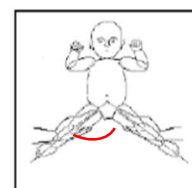
MISE EN CHARGE SUR LES MEMBRES INFERIEURS EN POSITION ACCROUPEE

<input type="checkbox"/> Positionné accroupi, soutient le poids de son corps ou refuse la position <input type="checkbox"/> Rebondit avec ses jambes (flexions-extensions répétées des jambes) <input type="checkbox"/> Réponse des orteils aux déséquilibres postérieurs et latéraux	<input type="checkbox"/> Réponse tonique excessive avec appui sur les orteils, jambes et corps en extension
---	---

* 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 *

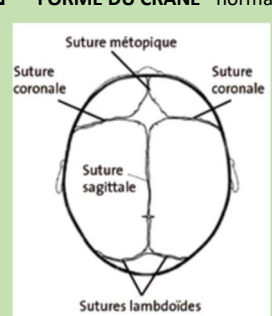
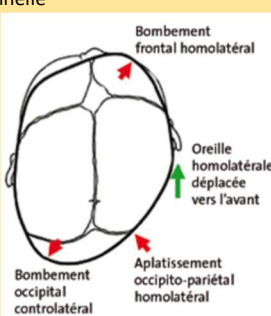
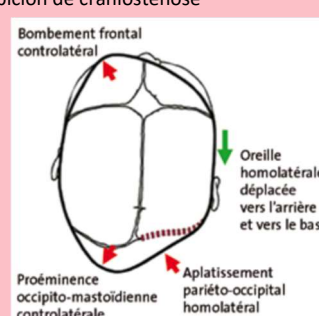
Tonus membres supérieurs

<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 9 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