



# DOSSIER DE SUIVI

examen

**Terme (37-42 SA) et un 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 ?

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

Une 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 <sub>2</sub> en continu <input type="radio"/> O <sub>2</sub> 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"> <li><input type="checkbox"/> aucun traitement</li> <li><input type="checkbox"/> bien contrôlées par le traitement</li> <li><input type="checkbox"/> mal contrôlées par le traitement</li> </ul> <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 RGO <input type="radio"/> constipation <input type="radio"/> autre, à préciser

### AUTRES PATHOLOGIES SOMATIQUES EN CLAIR

--

\* Items obligatoires

## HABITUDES DE VIE

### VECU PARENTAL

Vécu de la grossesse	<input type="checkbox"/> bien vécue	<input type="checkbox"/> un peu difficile	<input type="checkbox"/> difficile	<input type="checkbox"/> très difficile	<input type="checkbox"/> ne sait pas*
Vécu de l'hospitalisation néonatale	<input type="checkbox"/> bien vécue	<input type="checkbox"/> un peu difficile	<input type="checkbox"/> difficile	<input type="checkbox"/> très difficile	<input type="checkbox"/> ne sait pas*
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<sup>ème</sup> 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 fatigué	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sent inquiet	<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 \*

Bébé facile à consoler et à comprendre \*?

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

### SOMMEIL \*

#### QUALITE DU SOMMEIL \*

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
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"> <li><input type="checkbox"/> Difficultés d'endormissement</li> <li><input type="checkbox"/> Réveils nocturnes fréquents en dehors des tétées</li> </ul> <input type="checkbox"/> Troubles durables et quasi quotidiens du sommeil : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Endormissement très long &gt;30 mn</li> <li><input type="checkbox"/> Temps de sommeil insuffisant</li> <li><input type="checkbox"/> Inversion du cycle jour/nuit</li> </ul>

#### 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
--	--	--------------------------------	-------------------------------------

Bébé a plaisir à s'alimenter \*

☐ oui

☐ 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"> <li>○ Réflexe nauséeux exacerbé</li> <li>○ Régurgitations</li> </ul>	<input type="checkbox"/> Difficultés de prises alimentaires importantes, précoces, quotidiennes <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Difficultés de succion</li> <li>○ Fausses routes ou toux</li> <li>○ Durée tétée anormalement longue &gt;30 min</li> <li>○ Ne réclame jamais</li> <li>○ Fuite de lait par la commissure des lèvres, bavage excessif ; Troubles de la motricité bucco-faciale</li> <li>○ Réflexe nauséeux massif</li> </ul>
---	--	--

## DOMAINE SENSORIEL ET PAIRES CRANIENNES

### VISION \*

Toute réponse rouge nécessite une consultation ophtalmologique.

### FIXATION ET POURSUITE VISUELLE SUR 180° facile à obtenir ? \*

<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non * <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> difficile à obtenir</li> <li><input type="checkbox"/> absente</li> <li><input type="checkbox"/> plafonnement ou errance du regard</li> <li><input type="checkbox"/> nystagmus</li> <li><input type="checkbox"/> hypersensibilité à la lumière</li> <li><input type="checkbox"/> strabisme ou réflexe pupillaire excentré             <ul style="list-style-type: none"> <li>○ œil droit</li> <li>○ œil gauche</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> cécité</li> </ul>
------------------------------	--

### EXAMEN DE L'ŒIL \*

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

### FOND D'ŒIL (si prématurité) \*

<input type="checkbox"/> date et résultat du dernier FO : <input type="checkbox"/> prochain FO programmé :	<input type="checkbox"/> rétinopathie du prématuré (préciser) :
---	---

### CONSULTATION OPHTALMOLOGIQUE

<input type="checkbox"/> 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"/> non
Sursaute à un bruit fort *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> difficile à obtenir	<input type="checkbox"/> non

### DEPISTAGE AUDITIF NEONATAL \*

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

### CONTROLE AUDITION \*

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

### CONSULTATION ORL

<input type="checkbox"/> 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"/> bébé 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"/> hyper ou hypo-réactivité aux stimuli sensoriels (absence de réaction à un bruit fort ou réaction exagérée pour certains bruits)	

### INTERACTIONS \*

#### Interactions faciles et prolongées \*

<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non
Et à partir d'un mois		
<input type="checkbox"/> initie la relation et relance l'interaction <input type="checkbox"/> engagement corporel dans la communication (expressions faciales, mouvements de bouche et des membres)	<input type="checkbox"/> peut rester longtemps dans son lit sans appeler <input type="checkbox"/> contact fugace, difficile à obtenir <input type="checkbox"/> faciès peu expressif <input type="checkbox"/> expression anxieuse <input type="checkbox"/> besoin d'accompagnement parental pour comprendre les signaux et besoins du bébé	<input type="checkbox"/> n'accroche pas le regard <input type="checkbox"/> absence totale de regard lors des tétées <input type="checkbox"/> évitement, se détourne <input type="checkbox"/> attirance excessive pour la lumière

## MOTRICITÉ FINE ET PRAXIES

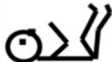
Ouverture des mains et mouvements des doigts *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> Pouces en adduction ou poings fermés de manière intermittente	<input type="checkbox"/> pouce adductus ou poing fermé en permanence <input type="checkbox"/> côté pathologique <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> droite</li> <li><input type="checkbox"/> gauche</li> </ul>	

## DOMAINE POSTURAL ET MOTEUR

### POSTURE SPONTANÉE \*



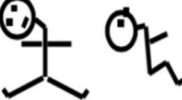
#### SUR LE DOS

Capacité à se regrouper en flexion (bassin enroulé, nuque détendue, tête dans l'axe) \*

<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 TÊTE

##### Tenus de tête spontanée

Tête Position assise	<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
----------------------	--	---	---

Limitation de rotation de tête	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> côté pathologique <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> droit</li> <li><input type="checkbox"/> gauche</li> </ul>
--------------------------------	------------------------------	--

#### TENUE DE TÊTE AU TIRE ASSIS\*<sup>1</sup>

Soutenu en position assise, tente de maintenir sa tête, avec passage actif de la tête vers l'avant et l'arrière *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> contraction musculaire mais sans passage	<input type="checkbox"/> pas de réponse
---	------------------------------	------------------------------	---	---

<sup>1</sup> En position assise et maintenu par les bras le long du corps, l'enfant est basculé doucement en avant et en arrière.

#### CONCLUSION DU TONUS AXIAL \* :

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> excès de tonus postérieur <input type="checkbox"/> asymétrie D-G (attitude en virgule) <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> droit plus relâché</li> <li><input type="checkbox"/> gauche plus relâché</li> </ul>	<input type="checkbox"/> hypotonie
---------------------------------	--	------------------------------------

\* Items obligatoires

## MOTRICITE SPONTANEE

### MOTRICITE SPONTANEE (GMs) sur le dos \*

Mouvements variés, riches et fluides des 4 membres et de la tête * <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> mouvements saccadés et répétitifs	<input type="checkbox"/> asymétrie de mouvements entre les 2 hémicorps. Côté pathologique : <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> motricité très pauvre <input type="checkbox"/> cramped synchronised <sup>2</sup>	


<sup>1</sup> conditions d'observation des mouvements généraux : période d'éveil légèrement agité, sur le dos en dehors de toute interaction, sans sucette, 2-3 mn. Amplitude symétrique des mouvements qui sont complexes et variés ; mouvements fluides à début et fin progressifs.

<sup>2</sup> survenue soudaine de mouvements en bloc dans lequel le tronc et les 4 membres se fléchissent ou s'étendent de façon synchrone.

### MOTRICITE GLOBALE SUR LE VENTRE

<input type="checkbox"/> bébé regroupé, en flexion	<input type="checkbox"/> bébé écrasé en grenouille
--	--


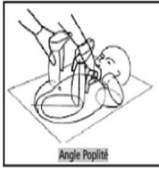

### MISE EN CHARGE SUR LES MI : REDRESSEMENT GLOBAL (MI et tronc) \*

	<input type="checkbox"/> redressement global présent, complet ou partiel <sup>1</sup> <input type="checkbox"/> excessif, trop en arrière <input type="checkbox"/> absence de réaction avec effondrement de l'enfant
---	---

<sup>1</sup> positionné accroupi, une main de l'examineur sous le thorax le bébé soutient le poids de son corps, pousse sur les MI et redresse le tronc et la tête

## EXAMEN NEUROMOTEUR : EVALUATION DU TONUS PERIPHERIQUE


### TONUS DES MEMBRES INFERIEURS \*

 <p>Angles des adducteurs</p> <input type="checkbox"/> amplitude normale entre 30-80° <input type="checkbox"/> hypotonie : angles augmentés ou aucune résistance ou retour en flexion lent ou absent <input type="checkbox"/> hypertonie ≤ 30°	 <p>Angles poplités</p> <input type="checkbox"/> Amplitude normale entre 70-99° <input type="checkbox"/> Hypotonie : angles augmentés ou aucune résistance ou retour en flexion lent ou absent <input type="checkbox"/> Hypertonie ≤ 70°	 <p>Dorsiflexion</p> <input type="checkbox"/> Amplitude normale : dorsiflexion complète du pied <input type="checkbox"/> Hypotonie <input type="checkbox"/> Hypertonie <input type="checkbox"/> Spasticité
---	---	--

### CONCLUSION DU TONUS DES MEMBRES INFERIEURS \*

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> malposition des pieds <ul style="list-style-type: none"> <li>○ côté droit</li> <li>○ côté gauche</li> </ul>	<input type="checkbox"/> hypotonie <input type="checkbox"/> hypertonie <input type="checkbox"/> asymétrie : <input type="checkbox"/> droit hypertonique <input type="checkbox"/> gauche hypertonique
---------------------------------	--	--

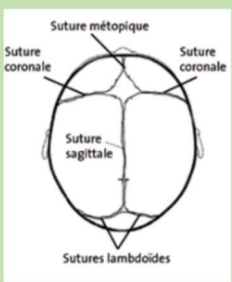
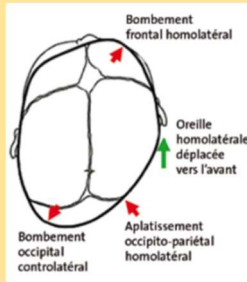
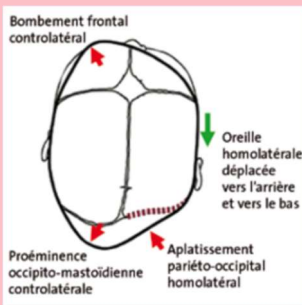
### TONUS DES MEMBRES SUPERIEURS (foulard)

 <input type="checkbox"/> ne dépasse pas la ligne médiane <input type="checkbox"/> dépasse la ligne médiane (hypotonie modérée)	<input type="checkbox"/> aucune résistance (hypotonie majeure)
---	--

### CONCLUSION DU TONUS DES MEMBRES SUPERIEURS \*

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hypotonie <input type="checkbox"/> hypertonie <input type="checkbox"/> asymétrie : <input type="checkbox"/> droit hypertonique <input type="checkbox"/> gauche hypertonique
---------------------------------	--

## EXAMEN DU CRANE

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

\* 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"/> Interactions       | <input type="checkbox"/> Motricité globale : postural et moteur |
| <input type="checkbox"/> Croissance        | <input type="checkbox"/> Sommeil  | <input type="checkbox"/> Motricité fine     |   |
| <input type="checkbox"/> Vécu parental     | <input type="checkbox"/> Vision   | <input type="checkbox"/> Examen neuromoteur |   |
| <input type="checkbox"/> Comportement      | <input type="checkbox"/> Audition |   |   |

### 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"/> 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 1 ou 3 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