



DOSSIER DE SUIVI

examen

Trois 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) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> O₂ en continu <input type="checkbox"/> O₂ en discontinu <input type="checkbox"/> autre traitement, à préciser <input type="checkbox"/> bronchiolite, préciser le nombre d'épisodes : <input type="checkbox"/> autre :
------------------------------	---

TROUBLE NEUROLOGIQUE *

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

TROUBLE DIGESTIF *

<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui* (1 case cochée au minimum) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> sonde naso-gastrique <input type="checkbox"/> gastrostomie <input type="checkbox"/> symptomatologie de Reflux Gastro-Œsophagien <input type="checkbox"/> 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^{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

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"/>

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"/>

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 (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 : <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
--	--	--------------------------------	-------------------------------------

☐ QUALITE DE L'ALIMENTATION SELON LA FAMILLE * : **Enfant a plaisir à s'alimenter *** ☐ OUI ☐ NON

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

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 ○ leurs 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

<input type="checkbox"/> 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"/> PEA <input type="checkbox"/> OEA	<input type="checkbox"/> non réalisé

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 prolongées et ajustées (bébé remplit toutes les conditions ci-dessous) *

Tourne la tête pour regarder la personne qui parle	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Initie la relation et relance les interactions (gesticule et vocalise en regardant intensément l'adulte)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
A un engagement corporel dans la communication (mimiques faciales expressives, mouvements de la 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 ○ Pas d'émergence de l'attention conjointe ○ 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"> ○ Anormalement calme voire passif, bougeant très peu (PCO comportement) ○ N'accroche pas le regard ○ Absence totale de regard lors des tétées ○ Evitement, se détourne ○ Attirance excessive pour la lumière
---	--

EXPRESSION ET LANGAGE

Bébé sourit en réponse au sourire de l'adulte *

<input type="checkbox"/> oui *	<input type="checkbox"/> non *
<input type="checkbox"/> mimiques faciales expressives * <input type="checkbox"/> vocalises riches et adressées *	<input type="checkbox"/> peu de vocalises * <input type="checkbox"/> pas de sourire réponse * <input type="checkbox"/> bébé silencieux *

MOTRICITÉ FINE ET PRAXIES


Ouverture des mains et mouvements déliés des doigts *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Utilise une main ou l'autre sans préférence *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Saisit l'objet au contact de façon bilatérale *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Rassemble ses mains sur la ligne médiane et les porte à la bouche *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
<input type="checkbox"/> a besoin d'une installation facilitatrice ou d'un portage facilitateur pour attraper <input type="checkbox"/> s'agrippe fréquemment à ses vêtements	<input type="checkbox"/> aucun essai de préhension <input type="checkbox"/> côté pathologique <ul style="list-style-type: none"> ○ droite ○ gauche <input type="checkbox"/> irritabilité tactile : aversion, évitement du contact tactile, de certaines textures ou tissus	

DOMAINE POSTURAL ET MOTEUR

POSTURE SPONTANEE



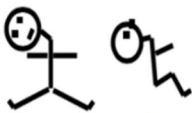
SUR LE DOS

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 *

* Items obligatoires

TENUE DE TETE ET TRONC

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
--------------------------------	--	--	---	---

Tient sa tête dans l'axe et la tourne pour suivre un objet dans toutes les directions*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Positionné assis, participe activement au tiré-assis puis tient bien sa tête dans l'axe et redresse son tronc*	<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"/> asymétrie D-G (attitude en virgule) <ul style="list-style-type: none"> ○ droit plus relâché ○ gauche plus relâché 	<input type="checkbox"/> hypotonie
---------------------------------	--	------------------------------------

MOTRICITE SPONTANEE ET GUIDEE

EVALUATION DES MOUVEMENTS SPONTANES SUR LE DOS *

Conditions d'observation des mouvements généraux :

période d'éveil légèrement agité, sur le dos en dehors de toute interaction, sans sucette, 2-3 minutes. Amplitude symétrique des mouvements qui sont complexes et variés. Mouvements fluides à début et fin progressifs. Fidgety obligatoires : petits mouvements circulaires dans toutes les directions, variés et élégants de vitesse modérée et d'accélération variable des membres mais également du cou et du tronc associés à des mouvements plus larges et plus rapides. Diversifications des points d'appui.

MOUVEMENTS	ASYMETRIE-COMMENTAIRE
QUANTITE <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> excessifs ou restreints, pauvres <input type="checkbox"/> minimes ou absents	
QUALITE <input type="checkbox"/> libres, alternatifs, sans saccade (mouvements variés, riches et fluides des 4 membres jusqu'aux extrémités <i>Fidgety</i>) <input type="checkbox"/> saccadés, léger tremblement, peu fluide, stéréotypée <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 * <ul style="list-style-type: none"> ○ côté pathologique droit ○ côté pathologique gauche
------------------------------	--

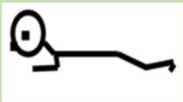
RETOURNEMENT GUIDE SUR LES COTES*

Participe au retournement guidé sur le côté avec bon enchainement moteur *

L'examineur guide l'enfant par l'enroulement du bassin. L'enfant accepte cet enroulement, enroule le bassin et adapte sa position facilement.

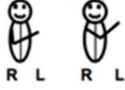

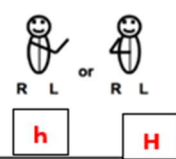






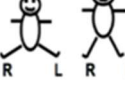


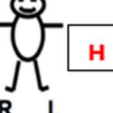
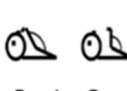


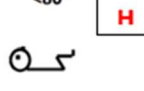
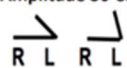

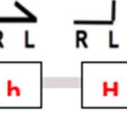
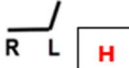
<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> enchainement difficile : mouvement en extension, l'enfant se tourne en bloc ; retournement plus difficile d'un côté ; désorganisation motrice importante aux changements de posture. <input type="checkbox"/> pas de participation
------------------------------	---

MOTRICITE GLOBALE SUR LE VENTRE*

<input type="checkbox"/> se redresse sur les avant-bras et maintient sa tête *  <input type="checkbox"/> dégage ses bras <ul style="list-style-type: none"> ○ droit ○ gauche <p>Possibilité d'aider l'enfant en basculant légèrement son bassin pour qu'il dégage ses bras</p>	<input type="checkbox"/> ne relève pas la tête <input type="checkbox"/> ne prend pas appui sur ses avant-bras <input type="checkbox"/> hyper-extension de la tête et des membres (en planeur)
--	---

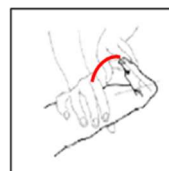
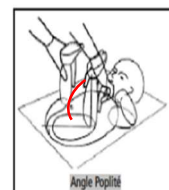
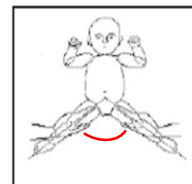
* Items obligatoires

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° 	

h : hypotonie

H : Hypertonie



CONCLUSION SUR LE TONUS PERIPHERIQUE

Tonus membres supérieurs

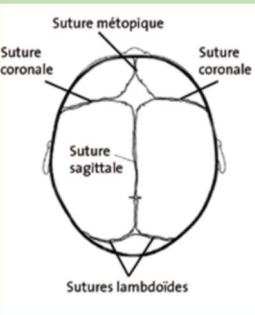
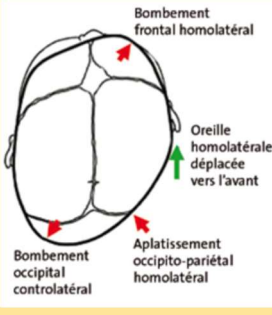
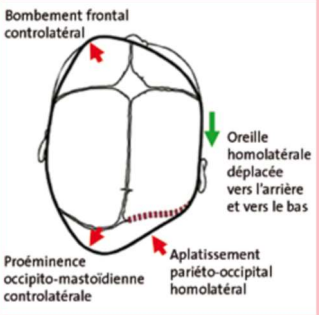
<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hypotonie (= h pour adducteurs, poplités ou dorsiflexion) <input type="checkbox"/> hypertonie (= H pour mêmes items) <input type="checkbox"/> asymétrie o droit plus relâché o gauche plus relâché
---------------------------------	---

Tonus des membres inférieurs

<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> hypotonie (= h pour foulard, élévation épaule ou pronosupination) <input type="checkbox"/> hypertonie (= H aux mêmes items) <input type="checkbox"/> asymétrie o droit plus relâché o gauche plus relâché
---------------------------------	--

EXAMEN DU CRANE

FORME DU CRANE *

<input type="checkbox"/> normal 	<input type="checkbox"/> plagiocéphalie positionnelle o droite o gauche o 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 6 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