



DOSSIER DE SUIVI

examen

Douze 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="checkbox"/> O ₂ en continu <input type="checkbox"/> O ₂ en discontinu <input type="checkbox"/> corticothérapie inhalée <input type="checkbox"/> béta mimétiques inhalés <input type="checkbox"/> bronchiolites, préciser le nombre d'épisodes : <input type="checkbox"/> autre traitement, à préciser

TROUBLE NEUROLOGIQUE *

<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui* (1 case cochée au minimum)
	<input type="checkbox"/> 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="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)
	<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

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 	<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
---	--	--

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	
Petits morceaux acceptés	<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"> ○ Apprécie les textures moulinées ○ Petits morceaux acceptés ○ Accepte de goûter les aliments nouveaux 	<input type="checkbox"/> Difficultés moyennes demandant une implication particulière des parents <ul style="list-style-type: none"> ○ Réflexe nauséux exacerbé ○ Régurgitations ○ N'accepte que les textures très lisses ○ Refus de la cuillère 	<input type="checkbox"/> Difficultés de prises alimentaires importantes, précoces, quotidiennes <ul style="list-style-type: none"> ○ N'accepte pas autre chose que du lait ○ Fausses routes ou toux ○ Durée des repas très longue >30 min (PCO comportement) ○ Grande sélectivité alimentaire inhabituelle pour l'âge (PCO comportement) ○ 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"> ○ 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"/> 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"> ○ 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

CONSULTATION OPHTHALMOLOGIQUE avec bilan orthoptique recommandée entre 9 et 12 mois

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

Sensory baby test :	<input type="checkbox"/> Examen des tympans normal <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> difficile <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> Infections ORL à répétition
---------------------	---

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 *

Sollicite le regard de l'autre, Initie la relation et relance les interactions *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Se tourne préférentiellement vers son parent*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Attention conjointe (regarde ce que l'adulte lui montre du doigt) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Gestes sociaux : fait au revoir, bravo*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Participe au coucou- caché*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Interactions prolongées et ajustées*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Pointage proto-impératif : Pointe du doigt ce qu'il désire*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Cherche à imiter l'adulte *	<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 ○ Ne s'intéresse pas à l'échange proposé ○ Pas d'émergence de l'attention conjointe ○ Indifférent aux séparations d'avec ses parents ○ Faciès peu expressif ○ Attachement indifférencié, va vers n'importe qui 	<input type="checkbox"/> Difficultés importantes précoces et quotidiennes * <ul style="list-style-type: none"> ○ N'accroche pas le regard ○ Absence totale de regard lors des tétées ○ Ne suit que les objets, pas les visages ○ Evitement, se détourne ○ Comportements et intérêts inhabituels (PCO comportement) * 	

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

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

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

EXPRESSION ET LANGAGE

Réagit à son prénom *	<input type="checkbox"/> oui *	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Comprend le NON *	<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 (critères PCO) *
Secoue la tête pour dire NON*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
« papa » « maman » non spécifiques*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Babillage pour interagir : vocalises riches modulées et adressées *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Répond à un ordre simple accompagné d'un geste (tiens, donne)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> mimiques faciales expressives <input type="checkbox"/> sait se faire comprendre	<input type="checkbox"/> voix peu modulée <input type="checkbox"/> peu de mimiques <input type="checkbox"/> pas d'intérêt pour le langage de l'autre	<input type="checkbox"/> bébé silencieux <input type="checkbox"/> bébé amimique <input type="checkbox"/> ne s'exprime que par gestes ou cris <input type="checkbox"/> cri sans fonction d'appel
<input type="checkbox"/> Langue étrangère parlée à la maison :		

* Items obligatoires

MOTRICITÉ FINE ET PRAXIES

PREHENSION ET COORDINATION *

Manipule des 2 mains, utilise une main ou l'autre, sans préférence (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 (critères PCO) *
Pince pulpaire : Prend les petits objets entre le pouce et l'index (des 2 mains) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
Suit des yeux un objet en mouvement dans toutes les directions *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critères PCO) *
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 *
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). ○ 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) *
Activités variées, cherche la fonction de l'objet sans forcément le porter à la bouche *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
<input type="checkbox"/> Réalise au moins 2 des items suivants * : <input type="checkbox"/> vide la boîte et remplit <input type="checkbox"/> début des encastresments (rond), <input type="checkbox"/> joue au ballon avec l'examineur <input type="checkbox"/> boit au verre ou à la tasse	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
<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"/> Jette, épargille sans action de remplissage	<input type="checkbox"/> N'est intéressé que par ses mains <input type="checkbox"/> Exploration / utilisation étrange des « objets » et de l'environnement (PCO comportement) *	

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 dans l'axe sans inclinaison * Si non, cocher le dessin correspondant ci-dessous : <div> <div>Tête Position assise</div> <div> <input type="checkbox"/> Droite, dans l'axe </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> </div>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
Tient assis seul sans appui et sans aide, dos bien droit (critère PCO) * <div> <div> <input type="checkbox"/> Droit </div> <div> <input type="checkbox"/> Légère incurvation ou inclinaison latérale </div> <div> <input type="checkbox"/> Cyphose très prononcée Inclinaison arrière Inclinaison latérale </div> </div>	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critère PCO) *
Âge de la station assise (en AC) * : 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"/> 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	Côté pathologique <input type="checkbox"/> droit <input type="checkbox"/> gauche
QUALITE *	<input type="checkbox"/> libres, alternatifs, sans saccade, bon enchainement 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)

RETOURNEMENT*



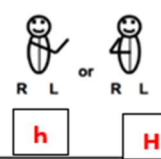










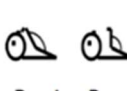

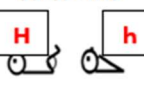
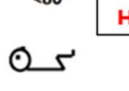
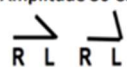

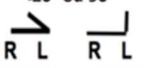
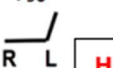
Retournements Dos-Ventre et Ventre-Dos acquis*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
<input type="checkbox"/> retournement d'un bloc, en extension <input type="checkbox"/> retournement unilatéral : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> toujours du côté droit <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	

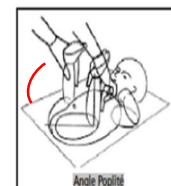
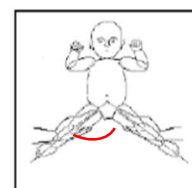
DEPLACEMENT AU SOL*

Se met assis seul : passe tout seul de la position couchée à la position assise (critère PCO) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critère PCO) *
Autonomie de déplacement au sol*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non*
Utilise ses 4 membres pour se déplacer (critère PCO) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non (critère PCO) *
Se déplace en 4 pattes *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non*
Passe debout avec appui à genou (position du chevalier servant) *	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
Tient debout sans appui*	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non *
<input type="checkbox"/> Debout pieds à plats <input type="checkbox"/> Commence à se déplacer debout (pas toujours à cet âge) : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Marche en cabotage avec appui <input type="checkbox"/> Marche avec aide <input type="checkbox"/> Marche autonome Âge de la marche autonome (en AC) * :	<input type="checkbox"/> 4 pattes asymétrique <input type="checkbox"/> Pas de participation des MI (se tracte sur les avant-bras) <input type="checkbox"/> Difficultés à mettre en œuvre les changements de position	<input type="checkbox"/> Statique, pas d'exploration <input type="checkbox"/> Pointe des pieds, équin

* 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 *

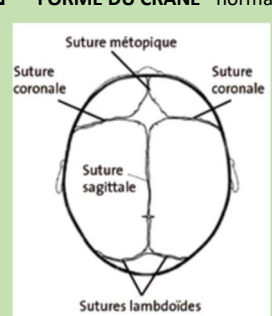
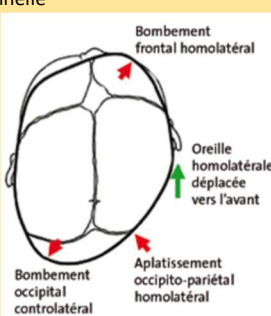
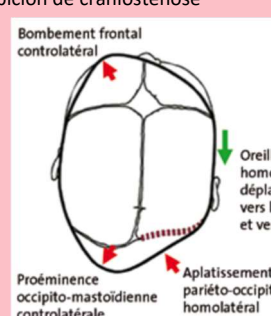
Tonus membres supérieurs

<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 18 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