

# Examen spécifique 24 mois AC – page 1

NOM : Sexe : F  M

Prénom :

Date de naissance :

AG :

Examen réalisé par :

Mode d'exercice: Libéral

Salarié : hospitalier  PMI  CAMSP

Date d'examen :

Age réel :

Age corrigé :

	Mesure	DS ou percentile
Poids		
Taille		
PC		
IMC		
TA		

## INTERROGATOIRE

Mode de garde	Crèche	<input type="checkbox"/>	Ass. maternelle	<input type="checkbox"/>
	Parents	<input type="checkbox"/>	Nourrice à dom.	<input type="checkbox"/>
	Autre :		<input type="checkbox"/>	
Situation familiale	Couple	<input type="checkbox"/>	Parent isolé	<input type="checkbox"/>
	Autre :		<input type="checkbox"/>	
Fratrie	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>
	Si oui, rang : /			

Allaitement	Maternel	<input type="checkbox"/>	Mixte	<input type="checkbox"/>	Artificiel	<input type="checkbox"/>
Alimentation	Facile	<input type="checkbox"/>	Difficile	<input type="checkbox"/>		
Appétit	Normal	<input type="checkbox"/>	Médiocre	<input type="checkbox"/>		
	Sélectif	<input type="checkbox"/>	Important	<input type="checkbox"/>		
Texture	Mixé fin	<input type="checkbox"/>				
	Petits morceaux	<input type="checkbox"/>				
	Gros morceaux	<input type="checkbox"/>				
Traitement	Vit D	<input type="checkbox"/>	Fer	<input type="checkbox"/>		
	Ig anti-VRS	<input type="checkbox"/>				

Merci de bien vouloir nous rappeler  systématiquement  les n° de téléphone :



- mère :

- père :

- domicile :

Evaluation du langage (d'après CLAMS)	Acquis	Non acquis
Désigne au moins 2 images	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Alerte !</b>
Vocabulaire de 10 à 20 mots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Alerte !</b>
Associe 2 mots	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Alerte !</b>

Comportement		Oui	Non
Sommeil	Facile	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Difficultés d'endormissement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Réveils nocturnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pleurs	Normaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Anormaux ou absents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bilinguisme familial	Oui	Non
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Pathologies observées depuis le dernier examen

Nombre d'hospitalisations	/ ___ /	Motifs :	
Pathologies respiratoires	<input type="checkbox"/>	Traitement :	
Pathologies digestives	<input type="checkbox"/>	R G O <input type="checkbox"/>	Traitement :
		Autre (préciser) <input type="checkbox"/>	
Autres pathologies	<input type="checkbox"/>		

Suivi	Pédiatre	<input type="checkbox"/>
	Neuropédiatre / médecin rééducateur	<input type="checkbox"/>
	Autre :	<input type="checkbox"/>

	Libéral	CAMSP
Prise en charge <u> en cours </u>	Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>
	Psychomotricité	<input type="checkbox"/>
	Orthophoniste	<input type="checkbox"/>
	Autre :	<input type="checkbox"/>

NOM :

Prénom :

**EXAMEN NEURODEVELOPPEMENTAL**

**Suivi sensoriel**

<b>Fond d'œil</b>	Fait <input type="checkbox"/>	Non fait <input type="checkbox"/>	Contrôle prévu le :
Normal <input type="checkbox"/>	Anormal : D <input type="checkbox"/> ROP stade G <input type="checkbox"/> ROP stade		

Port de lunettes   
 Autre trouble visuel (strabisme, glaucome, nystagmus ...)

<b>Bilan auditif entre 12 et 15 mois</b>	Fait <input type="checkbox"/>	Non fait <input type="checkbox"/>
Résultat normal	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>
Résultat anormal	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>
Résultat à contrôler	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>
Appareillage	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>

**Tonus périphérique**

<b>Membres supérieurs</b>	<b>D</b>	<b>G</b>
Tonus normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperlaxité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Membres inférieurs</b>	<b>D</b>	<b>G</b>
Tonus normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hyperlaxité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clonus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Asymétrie du tonus périphérique</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
En cas d'asymétrie, indiquer le côté <b>hypertonique</b>	Droit <input type="checkbox"/>	Gauche <input type="checkbox"/>

**Motricité**

<b>Côté préférentiel</b>	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si oui, indiquer le côté le plus <b>mobile</b>	Droit <input type="checkbox"/>	Gauche <input type="checkbox"/>

<b>Activité motrice spontanée</b>	Variée et harmonieuse	<input type="checkbox"/>
	Pauvre et/ou stéréotypée	<input type="checkbox"/>

<b>Coordination</b>	<b>Normale</b>	<b>Anormale</b>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Motricité globale</b>	<b>Acquis</b>	<b>Non acquis</b>
Passe de la station couchée à la station debout sans autre appui que le sol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Alerte !</b>
Marche seul <b>stable</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Alerte !</b>
Se penche pour récupérer un objet posé par terre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Alerte !</b>
Monte et descend les escaliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Alerte !</b>
Saute à <b> pieds joints</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Saute d'une marche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Appui unipodal quelques secondes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tappe dans le ballon avec le pied	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Adaptation sociale (d'après l'échelle de Denver)**

Aide lors de l'habillage	<input type="checkbox"/>
Imite les activités ménagères	<input type="checkbox"/>
Se sépare facilement	<input type="checkbox"/>

<b>Contact</b>	Facile, spontané	<input type="checkbox"/>
	Difficile, pauvre	<input type="checkbox"/>
	Absent	<input type="checkbox"/>
<b>Poursuite visuelle</b>	Facile à obtenir et continue	<input type="checkbox"/>
	Difficile à obtenir et/ou discontinue	<input type="checkbox"/>
	Absente	<input type="checkbox"/>
<b>Limitation</b>	Aucune	<input type="checkbox"/>
	Droite	<input type="checkbox"/>
	Gauche	<input type="checkbox"/>
	Bilatérale	<input type="checkbox"/>

**Réflexes**

<b>ROT et RCP</b>		<b>D</b>	<b>G</b>
Bicipital	Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Absent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotulien	Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cutané plantaire	Flexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Extension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Troubles moteurs</b>	<b>D</b>	<b>G</b>
Hémiplégie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémiplégie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monoplégie membre supérieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monoplégie membre inférieur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<b>Oui</b>	<b>Non</b>
Diplégie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche sur la pointe des pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si oui, préciser : D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> bilatérale <input type="checkbox"/>		

<b>Motricité fine</b>	<b>Acquis</b>	<b>Non acquis</b>
Boit au verre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Alerte !</b>
Utilise la cuillère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Alerte !</b>
Ouvre et ferme les portes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jette le ballon dans un panier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements de rotation (bouchon de bouteille ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOM :

Prénom :

**Comportement, relation aux autres**

M-CHAT -R/F™ (interrogatoire parental)		Oui	Non
1	Si vous pointez du doigt quelque chose de l'autre côté de la pièce, est-ce que votre enfant le regarde ? Par exemple, si vous pointez du doigt un jouet ou un animal, est-ce que votre enfant le regarde ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Vous êtes-vous déjà demandé si votre enfant pouvait être sourd ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Est-ce que votre enfant joue à faire semblant ? Par exemple : boire dans une tasse vide ? Parler au téléphone ? Faire manger une poupée ou une peluche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Est-ce que votre enfant aime grimper sur des choses (meubles, jeux d'extérieur, marches d'escalier ... ) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Est-ce que votre enfant fait des gestes inhabituels avec ses doigts devant ses yeux ? Par exemple : est-ce que votre enfant agite ses doigts près de ses yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Est-ce que votre enfant pointe du doigt pour demander quelque chose ou pour avoir de l'aide ? Par exemple : pointer du doigt un gâteau ou un objet hors de sa portée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Est-ce que votre enfant pointe du doigt pour montrer quelque chose d'intéressant ? Par exemple : un avion dans le ciel ou un gros camion sur la route ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Est-ce que votre enfant s'intéresse aux autres enfants ? Par exemple : est-ce qu'il les regarde ? leur sourit ? Va vers eux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Est-ce que votre enfant vous montre les choses en vous les amenant ou en les tenant en l'air pour que vous les voyiez, pas pour obtenir de l'aide mais juste pour partager ? Par exemple : vous montrer une fleur, une peluche, une petite voiture ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Est-ce que votre enfant répond quand vous l'appellez par son nom ? Par exemple : est-ce qu'il regarde, parle, gazouille ou arrête ce qu'il est en train de faire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Quand vous lui souriez, est-ce qu'il sourit en retour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Est-ce que les bruits du quotidien perturbent votre enfant ? Par exemple : est-ce que votre enfant crie ou pleure en entendant l'aspirateur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Est-ce que votre enfant marche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Est-ce que votre enfant vous regarde dans les yeux lorsque vous lui parlez ou vous jouez avec lui ou vous l'habillez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Est-ce que votre enfant essaie d'imiter ce que vous faites ? Par exemple : faire un signe de la main pour dire au-revoir ou taper dans les mains ou faire un bruit rigolo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Si vous tournez la tête pour regarder quelque chose, est-ce que votre enfant regarde autour de lui pour voir ce que vous regardez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Est-ce que votre enfant essaie d'attirer votre attention ? Par exemple : est-ce qu'il vous regarde pour avoir une félicitation ou dit « regarde » ou regarde-moi » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Est-ce que votre enfant comprend quand vous lui demandez de faire quelque chose ? Par exemple : sans que vous pointiez du doigt, est-ce qu'il comprend « Mets le livre sur la chaise » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Si quelque chose de nouveau arrive, est-ce que votre enfant regarde votre visage pour voir comment vous réagissez ? Par exemple : s'il entend un bruit étrange ou rigolo ? S'il voit un nouveau jouet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Est-ce que votre enfant aime les activités de mouvement ? Par exemple : être balancé ou sauter sur vos genoux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CHAT (observation au cours de l'examen)	Acquis	Non acquis
B1 Accroche le regard	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B2 Regarde ce qu'on lui montre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Alerte !</b>
B3 Joue à faire semblant lors de l'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Alerte !</b>
B4 Pointe un objet sur demande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Alerte !</b>
B5 Empile des cubes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre de cases grisées au M-CHAT -R/F™
0-2 : risque faible ; 3-7 : risque moyen ; ≥ 8 : risque élevé

**Cognition, jeu**

D'après O. Jenni et l'Etude longitudinale de Zürich 2008	Acquis	Non acquis
Retrouve un objet caché sous un des 2 verres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tire sur le drap d'examen ou sur une ficelle pour récupérer un objet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tourne les pages d'un livre et regarde les images	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Alerte !</b>
Gribouille des formes pointues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Alerte !</b>
Gribouille des formes rondes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sait à quoi servent les objets usuels (cuillère, téléphone, clés ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Alerte !</b>
Fait une tour de 4 cubes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Alerte !</b>
Fait un « train » de 3 cubes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Alerte !</b>
Débuté les encastrements simples (rond, carré, triangle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trie les objets par couleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reconnait 2 couleurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie un trait vertical	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Copie un trait horizontal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOM :

Prénom :

SYNTHESE DE LA CONSULTATION 24 MOIS AC

Comportement lors de l'examen	Participe volontiers	<input type="checkbox"/>	<b>Score neuromoteur</b> (d'après Latal et Ferriero)	<input type="checkbox"/> 0 - Normal
	Participe peu	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 1 - Anomalie modérée du tonus <b>ou</b> des réflexes
	Ne participe pas	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 2 - Anomalie modérée du tonus <b>et</b> des réflexes
			<input type="checkbox"/> 3 - Anomalie du tonus ou des réflexes ou des 2 <b>avec diminution de la force musculaire du tronc et des extrémités</b>	<input type="checkbox"/> 4 – Anomalie motrice +/- atteinte des nerfs crâniens
				<input type="checkbox"/> 5 - Tétraparésie spastique

Sensoriel	<input type="checkbox"/> Absence de troubles	<input type="checkbox"/> Eléments à surveiller	<input type="checkbox"/> Pathologie suspectée (à préciser) :
Tonus, motricité globale et fine, coordination	<input type="checkbox"/> Absence de troubles	<input type="checkbox"/> Eléments à surveiller	<input type="checkbox"/> Pathologie suspectée (à préciser) :
Forme du crâne	<input type="checkbox"/> Normale	Plagiocéphalie : <input type="checkbox"/> droite <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> postérieure	
Langage (CLAMS)	<input type="checkbox"/> Absence de troubles	<input type="checkbox"/> Eléments à surveiller	<input type="checkbox"/> Pathologie suspectée (à préciser) :
Comportement, relation Score M-CHAT-R/F™ :  à compléter	<input type="checkbox"/> Absence de troubles	<b>M-CHAT-R/F™ :</b> <input type="checkbox"/> 0-2 : risque faible <input type="checkbox"/> 3-7 : risque moyen : surveillance et réévaluation par test de suivi <input type="checkbox"/> ≥ 8 : risque élevé : avis pédopsychiatrique	<input type="checkbox"/> Autre pathologie suspectée (à préciser) :
Cognition, jeu	<input type="checkbox"/> Absence de troubles	<input type="checkbox"/> Eléments à surveiller	<input type="checkbox"/> Pathologie suspectée (à préciser) :
Autres pathologies organiques	<input type="checkbox"/> Absence de troubles	<input type="checkbox"/> Eléments à surveiller	<input type="checkbox"/> Pathologie suspectée (à préciser) :

Commentaires et résultats paracliniques éventuels:



Bilan visuel à prescrire pour 3 ans !



Prochain RDV Naître et Devenir le : / / à h

PRISE EN CHARGE A PREVOIR				CS RECOURS	
	Libéral	CAMSP	Objet de la prescription	Ophtalmologue	<input type="checkbox"/>
Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		ORL	<input type="checkbox"/>
Psychomotricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		Autre :	<input type="checkbox"/>
Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Coordonnées des médecins spécialistes de recours et des intervenants paramédicaux :

Nom :	Tél :
Nom :	Tél :
Nom :	Tél :