

Examen spécifique 3 ans – 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 lors de l'examen : ans mois:

	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		<input type="checkbox"/>	
Fratrie	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>
	Si oui, rang : /			
Ecole	Plein temps	<input type="checkbox"/>	Temps partiel	<input type="checkbox"/>
	Classe :	AVS : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		

Appétit	Normal	<input type="checkbox"/>	Médiocre	<input type="checkbox"/>
	Sélectif	<input type="checkbox"/>	Important	<input type="checkbox"/>
Grignotage	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>
Texture	Mixé fin		<input type="checkbox"/>	
	Petits morceaux		<input type="checkbox"/>	
	Gros morceaux		<input type="checkbox"/>	
Vitamine D	<input type="checkbox"/>			

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



- mère :

- père :

- domicile :

		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"/>
Siestes	0 <input type="checkbox"/>	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <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 en cours	Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Psychomotricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Orthophoniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOM :

Prénom :

EXAMEN NEURODEVELOPPEMENTAL

Suivi sensoriel

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

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

Poursuite visuelle	Facile à obtenir et continue	<input type="checkbox"/>
	Difficile à obtenir et/ou discontinuée	<input type="checkbox"/>
	Absente	<input type="checkbox"/>
Limitation	Aucune	<input type="checkbox"/>
	Droite	<input type="checkbox"/>
	Gauche	<input type="checkbox"/>
	Bilatérale	<input type="checkbox"/>

Audition		
Normale	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>
Anormale	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>
A contrôler	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>
Appareillage	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>

	Oui	Non
Fixe les lèvres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait répéter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comprend en situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tonus périphérique

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

Membres inférieurs	D	G
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"/>

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

Réflexes

		D	G
Bicipital	Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Absent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		D	G
Rotulien	Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Absent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		D	G
Cutané plantaire	Flexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Extension	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motricité

Latéralité manuelle	Droite	<input type="checkbox"/>
	Gauche	<input type="checkbox"/>
	Les 2	<input type="checkbox"/>

Troubles moteurs	D	G
Hémi-parésie	<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"/>

	Oui	Non
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"/>		

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

Motricité fine	Acquis	Non acquis
Boit au verre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !
Utilise la cuillère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !
Ouvre et ferme les portes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !
Jette le ballon dans un panier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mouvements de rotation (bouchon de bouteille ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Imite l'alternance « main ouverte » / « poing fermé »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Prénom :

Sociabilité, communication

Adaptation sociale	Acquis	Non acquis
Commence à s'habiller seul	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lave et sèche ses mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Habilite la poupée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aide à desservir la table	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Connaît quelques chansons	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comptine numérique jusqu'à 10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté diurne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Propreté nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Communication (d'après l'échelle de Vineland)	
Pose sans cesse des questions	<input type="checkbox"/>
Comprend la plaisanterie, fait des blagues	<input type="checkbox"/>

Langage

	Oui	Non
Bavage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suce un doigt, une tétine, un biberon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A tendance à bégayer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Répète en écho ce qui est dit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

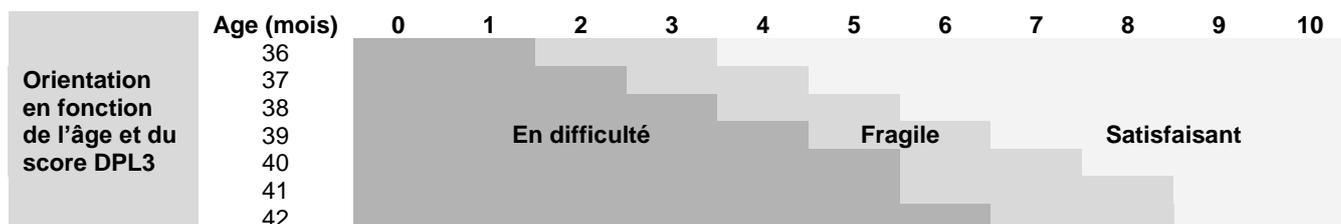
Bilinguisme familial	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
-----------------------------	------------------------------	------------------------------

Cognition, jeu

D'après O. Jenni et l'Etude longitudinale de Zürich 2008	Acquis	Non acquis
Retrouve un objet caché sous un des 2 gobelets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !
Sait à quoi servent les objets usuels (cuillère, téléphone, clés ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !
Fait semblant (de donner à manger à la poupée ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !
Fait une tour de 4 cubes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !
Fait un « train » d'au moins 6 cubes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !
Fait un pont de 5 cubes après démonstration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait des encastremets complexes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fait des puzzles	<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"/>
Jeux de rôles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Praxies faciales (sur imitation)	Acquis	Non acquis
Ferme les yeux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouvre la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gonfle les joues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Claque la langue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DPL3 version 2 (selon le protocole Coquet et Maëtz, 2010)		Oui	Non
1	Communique spontanément avec l'adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Utilise spontanément le langage oral dans les activités (quand il joue ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Exprime spontanément verbalement ses sentiments, ses désirs, ses difficultés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bonhomme têtard Tête <input type="checkbox"/> 2 yeux <input type="checkbox"/> 2 jambes <input type="checkbox"/> Bouche <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> 2 pieds <input type="checkbox"/> Cheveux <input type="checkbox"/> 2 oreilles <input type="checkbox"/> Ventre <input type="checkbox"/> 2 bras <input type="checkbox"/> 2 mains <input type="checkbox"/> Autre(s) <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score bonhomme ≥ 3			
5	Recopie un cercle fermé, sans angle ni trait droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Nomme sur demande : Rouge <input type="checkbox"/> Bleu <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Debout <input type="checkbox"/> Couché <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Devant <input type="checkbox"/> Derrière <input type="checkbox"/> En haut <input type="checkbox"/> En bas <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Menton <input type="checkbox"/> Vache <input type="checkbox"/> Cheval <input type="checkbox"/> Jupe <input type="checkbox"/> Pyjama <input type="checkbox"/> Robe <input type="checkbox"/> Pull <input type="checkbox"/> Bottes <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score expression ≥ 11			
7	Désigne : Bleu <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Devant toi <input type="checkbox"/> Derrière toi <input type="checkbox"/> En haut <input type="checkbox"/> En bas <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Menton <input type="checkbox"/> Jupe <input type="checkbox"/> Pyjama <input type="checkbox"/> Robe <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score désignation ≥ 8			
8	Comprend des ordres simples (sans geste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Phrases construites : sujet + verbe + complément, utilisation du « je » à l'occasion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Langage articulé, compréhensible par les personnes non familières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score DPL3 : compter le nombre de « oui »		/10	



NOM :

Prénom :

SYNTHESE DE LA CONSULTATION 3 ans

Comportement général	Style de communication	Enfant sociable <input type="checkbox"/>	Enfant réservé <input type="checkbox"/>
	Comportement	Stable <input type="checkbox"/>	Instable <input type="checkbox"/>
	Entrée en relation	Regarde l'interlocuteur <input type="checkbox"/>	Ne regarde pas l'interlocuteur <input type="checkbox"/>

Sensoriel	<input type="checkbox"/> Absence de troubles	<input type="checkbox"/> Eléments à surveiller (à préciser) : <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 (à préciser) : <input type="checkbox"/> Pathologie suspectée (à préciser) :
Comportement Sociabilité	<input type="checkbox"/> Absence de troubles	<input type="checkbox"/> Eléments à surveiller (à préciser) : <input type="checkbox"/> Pathologie suspectée (à préciser) :
Langage : DPL3 Score obtenu = <i>à compléter</i>	<input type="checkbox"/> Satisfaisant	<input type="checkbox"/> Fragile (conseils de prévention aux familles, mise en place d'une pédagogie adaptée, surveillance et contrôle 6 mois après) <input type="checkbox"/> En difficulté (conseils de prévention aux familles, incitation à consulter pour des examens complémentaires, indication de suivi spécifique)
Cognition, jeu	<input type="checkbox"/> Absence de troubles	<input type="checkbox"/> Eléments à surveiller (à préciser) : <input type="checkbox"/> Pathologie suspectée (à préciser) :
Autres pathologies organiques	<input type="checkbox"/> Absence de troubles	<input type="checkbox"/> Eléments à surveiller (à préciser) : <input type="checkbox"/> Pathologie suspectée (à préciser) :

Commentaires et résultats paracliniques éventuels:

 **Bilan visuel à prescrire pour 4 ans !** 

Prochain RDV Naître et Devenir le : / / à h

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

CS RECOURS	
Ophthalmologue	<input type="checkbox"/>
ORL	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>

Coordonnées des médecins spécialistes de recours et des intervenants paramédicaux :	
Nom :	Tél :
Nom :	Tél :
Nom :	Tél :