

Examen spécifique 3 mois AC – page 1

D'après les grilles de C. Amiel-Tison et J. Gosselin

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		

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"/>
Diversification	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>		
Alimentation	Facile	<input type="checkbox"/>	Difficile	<input type="checkbox"/>		
	Vit D	<input type="checkbox"/>	Fer	<input type="checkbox"/>		
Traitement	Ig anti-VRS <input type="checkbox"/>					
Posturage	Nid cocon	<input type="checkbox"/>	Mousse	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	Aucun	<input type="checkbox"/>		



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

- mère :

- père :

- domicile :

Évolution pré linguistique (d'après CLAMS)	Acquis	Non acquis
Attentif aux sons durant l'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !
Gazouillis à l'interrogatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !
Sourire réponse à l'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !

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

Prise en charge en cours	Libéral	CAMSP	
	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

Sensoriel

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



Autre trouble visuel <input type="checkbox"/> (strabisme, glaucome, nystagmus, coucher de soleil ...)

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

Dépistage auditif	Fait <input type="checkbox"/>		Non fait <input type="checkbox"/>
Réponse présente	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	
A contrôler	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	
Réactions aux bruits et à la voix	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>	

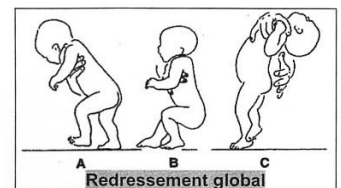
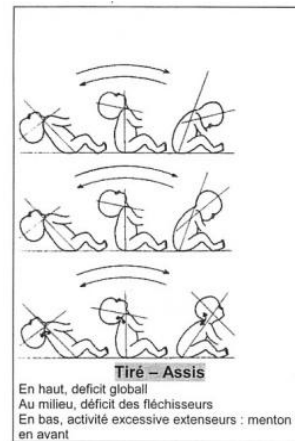
Examen du crâne

Fontanelle antérieure	Ouverte	<input type="checkbox"/>
	Fermée	<input type="checkbox"/>

Forme du crâne		
Normale		<input type="checkbox"/>
Plagiocéphalie	Droite	<input type="checkbox"/>
	Gauche	<input type="checkbox"/>
	Postérieure	<input type="checkbox"/>
Autre		<input type="checkbox"/>

Tonus axial

Tiré-assis : manœuvre vers l'avant et manœuvre vers l'arrière	
Normal	<input type="checkbox"/>
Hypotonie	<input type="checkbox"/>
Hypertonie	<input type="checkbox"/>



Redressement	A Adéquat	<input type="checkbox"/>
	B Inexistant	<input type="checkbox"/>
	C Excessif en hyper extension	<input type="checkbox"/>

Réflexes

Réflexes primaires		
Succion	Présente	<input type="checkbox"/>
	Insuffisante ou absente	<input type="checkbox"/>
Moro	Présente	<input type="checkbox"/>
	Absent	<input type="checkbox"/>
Marche automatique	Présente	<input type="checkbox"/>
	Absente	<input type="checkbox"/>
Agrippement	Présent	<input type="checkbox"/>
	Absent	<input type="checkbox"/>
Réflexe tonique asymétrique du cou	Présent	<input type="checkbox"/>
	Absent	<input type="checkbox"/>



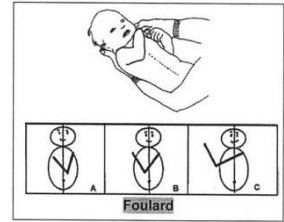
ROT et RCP		D	G
Bicipital	Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Absent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotulien	Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>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

NOM :

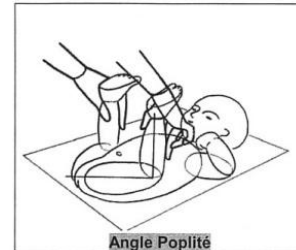
Prénom :

Tonus périphérique

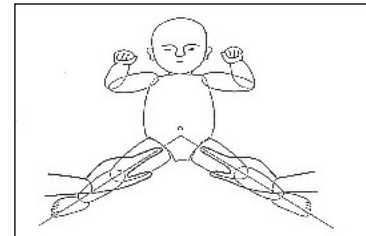
Membres supérieurs			D	G
Position en chandelier	Absente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Présente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foulard	A	Ne dépasse pas la ligne médiane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B	Dépasse la ligne médiane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	C	Aucune résistance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Membres inférieurs			
Angle poplité		D	G
	≥ 80 (normal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	≤ 70 (hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aucune résistance (hypotonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Angle des adducteurs	≥ 40 (normal)	<input type="checkbox"/>
	≤ 30 (hypertonie)	<input type="checkbox"/>
	Aucune résistance (hypotonie)	<input type="checkbox"/>
Attitude des membres inférieurs	Normale	<input type="checkbox"/>
	Ciseaux	<input type="checkbox"/>



		D	G
Dorsiflexion lente du pied	≤ 80 (normal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	90 – 100 (hypertonie modérée)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	≥ 110 (hypertonie franche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dorsiflexion rapide du pied	Identique à dorsiflexion lente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stretch phasique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stretch tonique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

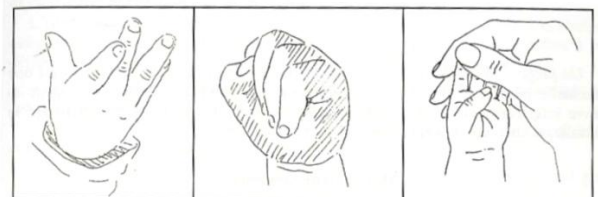


Asymétrie droite-gauche du tonus périphérique	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
En cas d'asymétrie, indiquer le côté hypertonique	Droit <input type="checkbox"/>	Gauche <input type="checkbox"/>

Motricité

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

		D	G
Main	Mouvements des doigts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Main fermée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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

Acquisitions motrices	Acquis	Non acquis
Contrôle de la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !
Joue avec ses mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !
S'appuie sur les avant-bras en position ventrale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOM :

Prénom :

SYNTHESE DE LA CONSULTATION 3 MOIS AC

Tolérance aux manipulations	Excellente	<input type="checkbox"/>	Score neuromoteur (d'après Latal et Ferriero) <input type="checkbox"/> 0 - Normal <input type="checkbox"/> 1 - Anomalie modérée du tonus ou des réflexes <input type="checkbox"/> 2 - Anomalie modérée du tonus et des réflexes <input type="checkbox"/> 3 - Anomalie du tonus ou des réflexes ou des 2 avec diminution de la force musculaire du tronc et des extrémités <input type="checkbox"/> 4 – Anomalie motrice +/- atteinte des nerfs crâniens <input type="checkbox"/> 5 - Tétraparésie spastique
	Déstabilisation modérée	<input type="checkbox"/>	
	Déstabilisation importante	<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) :
Motricité, tonus	<input type="checkbox"/> Absence de troubles	<input type="checkbox"/> Eléments à surveiller (à préciser) : <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
Comportement	<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:

Prochain RDV Naître et Devenir le : / / à h

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