

Examen spécifique entre 36 et 41 SA – 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 :

	Mesure	DS ou percentile
Poids		
Taille		
PC		

Mode d'exercice: Libéral

Salarié : hospitalier PMI CAMSP

Date d'examen :

Age réel : Age corrigé :

INTERROGATOIRE

Lieu de vie	Domicile	<input type="checkbox"/>	Hospitalisation	<input type="checkbox"/>
	Autre :		<input type="checkbox"/>	
Situation familiale	Couple	<input type="checkbox"/>	Parent isolé	<input type="checkbox"/>
	Autre :		<input type="checkbox"/>	
Fratric	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"/>	Laborieuse		<input type="checkbox"/>
Traitement	Vitamine D	<input type="checkbox"/>	Fer	<input type="checkbox"/>	Acide folique	<input type="checkbox"/>
	Ig anti-VRS <input type="checkbox"/>					
	Autre traitement :					
Posturage	Nid cocon	<input type="checkbox"/>	Mousse	<input type="checkbox"/>	Autre	<input type="checkbox"/>
			Aucun	<input type="checkbox"/>		



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

- mère :

- père :

- domicile :

Pathologie observée au moment de l'examen	Maladie pulmonaire chronique	<input type="checkbox"/>	O ₂ en continu	<input type="checkbox"/>	O ₂ discontinu	<input type="checkbox"/>
	Troubles digestifs chroniques	<input type="checkbox"/>	Gastrostomie	<input type="checkbox"/>	AEC nocturne	<input type="checkbox"/>

DEPISTAGE AUDITIF Fait Non fait

Normal	<input type="checkbox"/>	Réponse absente	D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	A re-contrôler	<input type="checkbox"/>
--------	--------------------------	-----------------	--	----------------	--------------------------

EXAMEN DU FOND DE L'OEIL Fait Non fait

Normal	<input type="checkbox"/>	Anormal	D <input type="checkbox"/> ROP stade G <input type="checkbox"/> ROP stade	Prochain contrôle le :
Autre trouble visuel <input type="checkbox"/> (strabisme, glaucome, nystagmus, coucher de soleil ...):				

OBSERVATION

Réponse à la voix	Facile à obtenir	<input type="checkbox"/>
	Difficile à obtenir	<input type="checkbox"/>

Contact	Facile, spontané	<input type="checkbox"/>
	Pauvre, difficile à obtenir	<input type="checkbox"/>
	Absent	<input type="checkbox"/>

Pleurs	Normaux	<input type="checkbox"/>
	Anormaux ou absents	<input type="checkbox"/>

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

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

EXAMEN NEURODEVELOPPEMENTAL

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



Fixation et poursuite visuelles

NOM :

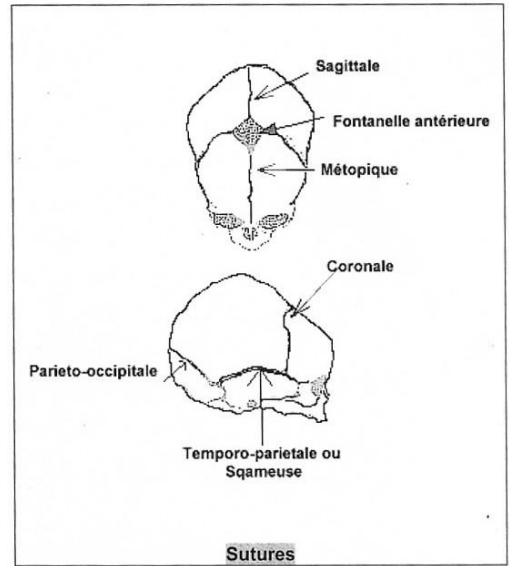
Prénom :

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

Chevauchement des sutures : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Métopique	<input type="checkbox"/>
	Coronale	<input type="checkbox"/>
	Squameuse	<input type="checkbox"/>
	Sagittale	<input type="checkbox"/>
	Occipitale	<input type="checkbox"/>

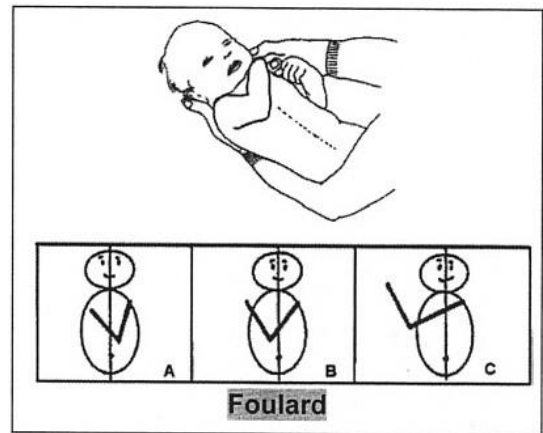
Forme du crâne		
Normale		<input type="checkbox"/>
Plagiocéphalie	Droite	<input type="checkbox"/>
	Gauche	<input type="checkbox"/>
	Postérieure	<input type="checkbox"/>
Autre :		<input type="checkbox"/>

Palais et langue	
Palais plat (normal)	<input type="checkbox"/>
Palais ogival	<input type="checkbox"/>

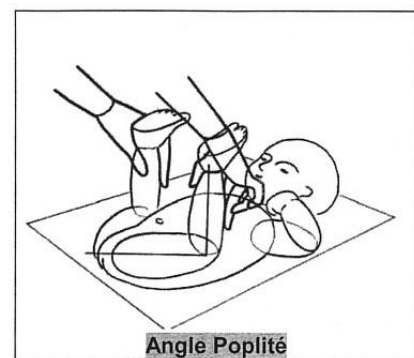


Tonus musculaire passif des membres supérieurs		
Retour en flexion	D	G
Vif, reproductible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lent, épuisable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Foulard		D	G
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"/>



Tonus musculaire passif des membres inférieurs		
Ne pas coder en cas de présentation du siège		
Retour en flexion	D	G
Vif, reproductible	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lent, épuisable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Absent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angle poplité	≥ 90 (normal)	<input type="checkbox"/>
	≤ 70 (hypertonie)	<input type="checkbox"/>
	Aucune résistance (hypotonie)	<input type="checkbox"/>

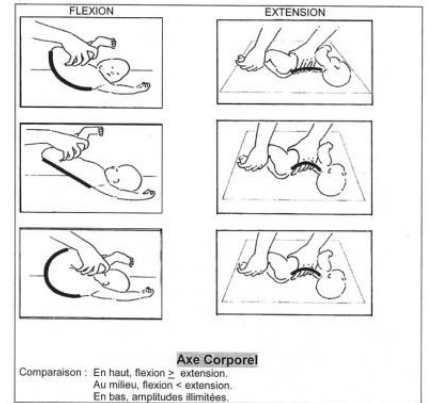


Asymétrie droite-gauche du tonus	
Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
En cas d'asymétrie, indiquer le côté <u>hypertonique</u>	
Droit	<input type="checkbox"/>
Gauche	<input type="checkbox"/>

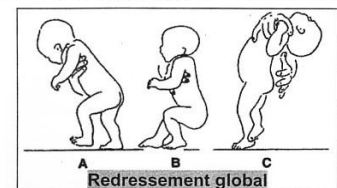
NOM :

Prénom :

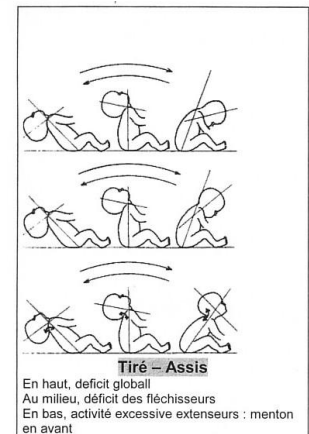
Axe corporel		
Incurvation ventrale	Modérée ou facile	<input type="checkbox"/>
	Absente ou minimale	<input type="checkbox"/>
	Illimitée	<input type="checkbox"/>
Incurvation dorsale	Absente à modérée	<input type="checkbox"/>
	Opisthotonos	<input type="checkbox"/>
Comparaison des incurvations	Flexion \geq extension	<input type="checkbox"/>
	Flexion $<$ extension	<input type="checkbox"/>
	Flexion et extension illimitées	<input type="checkbox"/>



Activité motrice axiale		
Redressement global		
A	Adéquat	<input type="checkbox"/>
B	Inexistant	<input type="checkbox"/>
C	Excessif, en hyperextension	<input type="checkbox"/>



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



Réflexes primaires		
Succion non nutritive	Présente, mouvements rythmiques, efficace	<input type="checkbox"/>
	Insuffisante, peu de mouvements, inefficace	<input type="checkbox"/>
	Absente, pas de mouvements	<input type="checkbox"/>
Moro	Présent	<input type="checkbox"/>
	Incomplet	<input type="checkbox"/>
	Absent	<input type="checkbox"/>

Réflexe tonique asymétrique du cou	Présent, évident	<input type="checkbox"/>
	Absent	<input type="checkbox"/>



Marche automatique	Présente	<input type="checkbox"/>
	Difficile à obtenir ou absente	<input type="checkbox"/>
Agrissement	Présent	<input type="checkbox"/>
	Faible, de courte durée	<input type="checkbox"/>
	Absent	<input type="checkbox"/>

Développement posturo-moteur		
Côté préférentiel	D <input type="checkbox"/>	G <input type="checkbox"/>

NOM :

Prénom :

SYNTHESE DE LA CONSULTATION 36-41 SA

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 sévère	<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			
	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	
Ophtalmologue	<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 :