

Examen spécifique 4 ans – page 1

NOM :

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	Parents	<input type="checkbox"/>	Grands-parents	<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 : /			
Bilinguisme familial	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>			

Scolarisation	Plein temps	<input type="checkbox"/>	Temps partiel	<input type="checkbox"/>
	Classe ou établissement si scolarisation spécifique :			
Prise en charge spécifique à l'école (soutien, RASED ...)	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>
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"/>
Texture	Gros morceaux	<input type="checkbox"/>	Autre :	<input type="checkbox"/>
Grignotage	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>

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



- mère :

- père :

- domicile :

		Oui	Non
Sommeil	Endormissement - sans problème	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- difficile / avec présence d'un parent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Réveils nocturnes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Propreté	Acquise	Non acquise
diurne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nocturne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Pathologies observées depuis le dernier examen

Nombre d'hospitalisations	/ /	Motifs :
Pathologies chroniques	Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	Si oui, préciser type de pathologie et traitement éventuel :

Suivi	Prise en charge <u>en cours</u>	Libéral	CAMSP	CMP CMPP
Pédiatre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropédiatre Médecin rééducateur	<input type="checkbox"/>	Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Psychomotricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Psychologue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthophoniste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autre :	<input type="checkbox"/>	Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

NOM :

Prénom :

EXAMEN NEURODEVELOPPEMENTAL

Bilan visuel annuel	Non fait <input type="checkbox"/> Fait <input type="checkbox"/>
Absence d'anomalie	<input type="checkbox"/>
Anomalie de la poursuite visuelle	<input type="checkbox"/>
Strabisme	<input type="checkbox"/>
Troubles de la réfraction	<input type="checkbox"/>
Si oui, préciser :	
Port de lunettes	<input type="checkbox"/>
Autre anomalie	<input type="checkbox"/>
Si oui, préciser :	

Tonus musculaire passif des 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"/>

Tonus musculaire passif des 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"/>

Motricité globale	Acquis	Non acquis
Monte et descend les escaliers sans se tenir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !
Saute d'une marche	<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"/>

Latéralité manuelle
D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Les 2 <input type="checkbox"/>

Audition		
Normale	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si anormale, préciser : droite <input type="checkbox"/> gauche <input type="checkbox"/> bilatérale <input type="checkbox"/> Si appareillage, préciser :		

ROT et réflexe cutané plantaire			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"/>	

Coordination	Normale	Anormale
Doigt-nez	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marionnettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Oui	Non
Troubles moteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	D	G
Hémi-parésie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hémi-plégie	<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
Tétraparésie spastique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diplégie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Marche sur la pointe des pieds Si oui, préciser : D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> bilatérale <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

La page suivante (questionnaire parental de dépistage du TDAH) est à détacher pour pouvoir être remplie par les parents au cours de la consultation.

La suite de l'examen des 4 ans est constituée par la passation d'Eval Mater qui débute à la page 6.

Attention :

- le bilan **psychomoteur** est différent selon que l'enfant a ou pas atteint l'âge de 4 ans,
- le bilan de langage est identique quel que soit l'âge de l'enfant.

La **feuille de synthèse** de l'examen est située à la page 11 du cahier.

NB ! Bien penser à reporter les 3 scores (psychomotricité, langage et dépistage TDAH) sur la feuille de synthèse.

Nom :

Prénom :

Questionnaire parental de dépistage du TDAH

(d'après la version abrégée du questionnaire de Conners à l'intention des parents)

Cette page est à détacher pour pouvoir être remplie par les parents au cours de la consultation. Si les 2 parents sont présents et ne sont pas d'accord, chacun des parents pourra utiliser une couleur différente.

Vous trouverez ci dessous des énoncés décrivant des comportements. Lisez chaque énoncé attentivement et décidez à quel degré il correspond à votre enfant en mettant une croix dans la colonne appropriée.




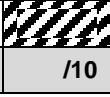
	Pas du tout 0	Un peu 1	Beaucoup 2	Enormément 3
Est excitable, impulsif, difficile à contrôler dans les magasins				
Pleure souvent ou facilement				
Se tortille, ne tient pas en place, ne reste pas assis				
Est agité, a toujours besoin de faire quelque chose, ne s'arrête jamais				
Est destructeur, peu soucieux de ses affaires				
Ne termine pas ce qu'il a commencé, ne finit pas son travail				
A du mal à fixer son attention (faire un jeu, écouter une histoire), est facilement distrait				
A des changements d'humeur rapides et fréquents				
Se décourage facilement lorsqu'un effort est nécessaire				
Dérange les autres enfants, n'attend pas son tour				


Score dépistage TDAH	/ 30
-----------------------------	-------------



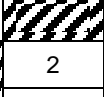



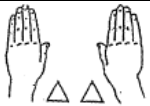


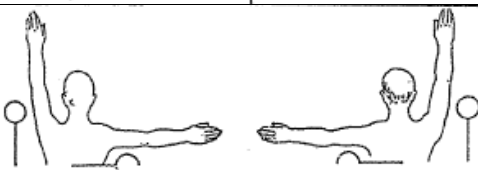

Ce score est à reporter sur la feuille de synthèse de la consultation, à la fin de l'examen des 4 ans.


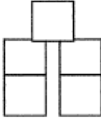
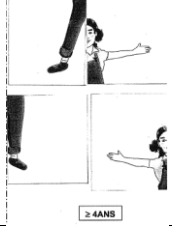
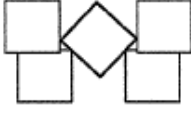
PSYCHOMOTRICITE :

Cotation : entourer le chiffre correspondant aux épreuves réussies par l'enfant ou cocher la case "refus".

	< 4 ans	≥ 4 ans	Refus
Motricité globale L'enfant peut exécuter (sur ordre ou sur imitation) :			
Reste 3 secondes sur un pied	5		<input type="checkbox"/>
Saute à pieds joints	5		<input type="checkbox"/>
Reste 5 secondes sur un pied		5	<input type="checkbox"/>
Saute à cloche pied		5	<input type="checkbox"/>
Score A (motricité globale)	/10	/10	

Connaissance du corps – Représentation corporelle Demander à l'enfant de dessiner un bonhomme sur une feuille libre. Noter les parties représentées sur son dessin.			
Tête (ronde ou ovale)	4	0,5	<input type="checkbox"/>
Bras (même si traits)	2	2	<input type="checkbox"/>
Jambes (même si traits)	2	1	<input type="checkbox"/>
Yeux	1	0,5	<input type="checkbox"/>
Bouche	1	2	<input type="checkbox"/>
Corps		4	<input type="checkbox"/>
Score B (connaissance du corps – représentation corporelle)	/10	/10	

Motricité fine					
Pinde tripode – Tenue du crayon			4	<input type="checkbox"/>	
Praxies bucco-faciales sur imitation	Ouvrir la bouche	1		<input type="checkbox"/>	
	Fermer les yeux	1		<input type="checkbox"/>	
	Souffler		2	<input type="checkbox"/>	
	Gonfler les joues		3	<input type="checkbox"/>	
	Claquer la langue		3	<input type="checkbox"/>	
Imitation de gestes (examineur en face de l'enfant)	Mains ouvertes		1	1	<input type="checkbox"/>
	Poings fermés		1	1	<input type="checkbox"/>
	Alternance poings fermés / mains ouvertes		6	2	<input type="checkbox"/>
	Alternance bras vertical / bras horizontal			4	<input type="checkbox"/>
Score C (motricité fine)		/10	/20		

			< 4 ans	≥ 4 ans	Refus
Organisation perceptive					
Praxies visuo-constructives 1 : puzzle et construction	Puzzle 2 pièces <i>Pièces disposées comme ci contre</i> <i>Pas de démonstration préalable</i>	 <small>< 4ANS</small>	2		<input type="checkbox"/>
	Pont 5 cubes (avec modèle en place) <i>Ne donner que 5 cubes à l'enfant</i>		6		<input type="checkbox"/>
	Puzzle 4 pièces <i>Pièces disposées comme ci contre</i> <i>Pas de démonstration préalable</i>	 <small>> 4ANS</small>		4	<input type="checkbox"/>
	Barrière 5 cubes (avec modèle en place) <i>Ne donner que 5 cubes à l'enfant.</i> <i>Utiliser une feuille de papier en support si les cubes glissent !</i>			4	<input type="checkbox"/>
Praxies visuo-constructives 2 : copie de formes <i>Modèle sous les yeux</i> <i>Dessin sur feuille libre</i>	Trait vertical		1		<input type="checkbox"/>
	Trait horizontal		1		<input type="checkbox"/>
	Rond		6	2	<input type="checkbox"/>
	Carré			6	<input type="checkbox"/>
Aptitudes visuelles : désignation de couleurs à l'aide des 4 feutres <i>Faire reposer le feutre choisi à chaque fois</i>	Rouge		1	0,5	<input type="checkbox"/>
	Bleu		1	0,5	<input type="checkbox"/>
	Vert		1	0,5	<input type="checkbox"/>
	Jaune		1	0,5	<input type="checkbox"/>
Identification des intrus	Dessin 1 : fourchettes			5	<input type="checkbox"/>
	Dessin 2 : ciseaux			5	<input type="checkbox"/>
Notion spatiales : en utilisant un cube, la table, la boîte Eval Mater	Dessus : « Tu vois la table, mets le cube dessus . »		2	1	<input type="checkbox"/>
	Dessous: « Tu vois la table, mets le cube dessous . »		1	1	<input type="checkbox"/>
	Dans : « Mets le cube dans la boîte. »		1		<input type="checkbox"/>
	A côté: « Mets le cube à côté de la boîte. »		2	2	<input type="checkbox"/>
	Derrière: « Mets le cube derrière la boîte. »		2	4	<input type="checkbox"/>
	Devant: « Mets le cube devant la boîte. »		2	4	<input type="checkbox"/>
Score D (organisation perceptive)			/30	/40	

**Score total psychomotricité :
A + B + C + D**

/60

/80

Scores A, B et C : à récupérer sur la page précédente

LANGAGE 1 : EXPRESSION

		Refus
Expression linguistique 1 : dénomination d'images		
« Dis-moi ce que tu vois » ou bien « Dis-moi ce qu'elle fait ».		
Présenter les images (cartes individuelles) les unes après les autres.		
Attribuer 1 point même si le mot est <u>mal articulé</u> (« seva » pour « cheval ») mais pas si le mot est <u>inexact</u> (« table » pour « chaise »).		
Chaise	1	<input type="checkbox"/>
Cheval	1	<input type="checkbox"/>
Chat	1	<input type="checkbox"/>
Manger	1	<input type="checkbox"/>
Boire	1	<input type="checkbox"/>
Pomme	1	<input type="checkbox"/>
Banane	1	<input type="checkbox"/>
Score A (expression linguistique 1 : dénomination d'images)		/7

Expression linguistique 2 : description d'image							
« Raconte-moi ce qui se passe » ou « Qu'est-ce que tu vois ? » ou « Qu'est-ce qu'ils font ? »							
Niveau informatif	Contenu du discours	Ne dit rien	0	Enumère des détails	1	Bonne description et mise en situation des éléments	2
Niveau syntaxique	Utilisation de déterminants	Jamais	0	Parfois ou erreurs	1	Utilisation correcte des déterminants	2
	Conjugaison des verbes	Absence de verbe	0	Verbes non conjugués	1	Conjugaison correcte	2
	Structure des phrases	Mots isolés ou juxtaposés	0	Sujet et verbe	1	Sujet, verbe et complément	2
Score B (expression linguistique 2 : description d'image)							/8

		Refus
Bilan phonétique 1 : répétition de mots		
« Répète après moi les mots que je vais te dire ». Prononcer les mots tels quels, sans déterminant.		
Cochon	1	<input type="checkbox"/>
Chapeau	1	<input type="checkbox"/>
Train	1	<input type="checkbox"/>
Avion	1	<input type="checkbox"/>
Four	1	<input type="checkbox"/>
Perdu	1	<input type="checkbox"/>
Musique	1	<input type="checkbox"/>
Fruit	1	<input type="checkbox"/>
Brouette	1	<input type="checkbox"/>
Gâteau	1	<input type="checkbox"/>
Il neige	1	<input type="checkbox"/>
Leçon	1	<input type="checkbox"/>
Joujou	1	<input type="checkbox"/>
Score C (bilan phonétique 1 : répétition de mots)		/13

		Refus
Bilan phonétique 2 : répétition de logatomes		
« Je vais te dire des mots qui ne veulent rien dire. Répète-les après moi. »		
Erpli	1	<input type="checkbox"/>
Cladoi	1	<input type="checkbox"/>
Patirio	1	<input type="checkbox"/>
Score D (bilan phonétique 2 : répétition de logatomes)		/3

Score langage 1 : EXPRESSION : A + B + C + D	/31
---	------------

LANGAGE 2 : COMPREHENSION

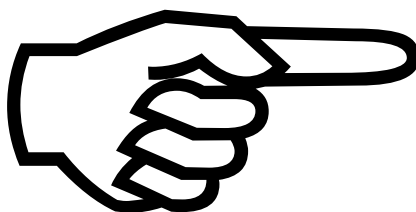
		Refus
Désignation d'images		
NB : cette épreuve n'est à exécuter que si l'enfant a fait <u>une erreur ou plus en dénomination</u> .		
Si l'enfant a obtenu 7/7 en dénomination, on lui attribue d'emblée 7/7 en désignation.		
Présenter la feuille A3. « Montre-moi ». Énoncer les mots tels quels, sans rien ajouter.		
Chat	1	<input type="checkbox"/>
Chaise	1	<input type="checkbox"/>
Cheval	1	<input type="checkbox"/>
Boire	1	<input type="checkbox"/>
Banane	1	<input type="checkbox"/>
Manger	1	<input type="checkbox"/>
Pomme	1	<input type="checkbox"/>
Score E (désignation d'images)		/7

		Refus
Compréhension de consignes		
« Tu vas faire ce que je te demande ».		
NB : les 2 dernières consignes sont données en une seule phrase mais cotées séparément.		
Regarde la fenêtre.	1	<input type="checkbox"/>
Montre-moi la porte.	1	<input type="checkbox"/>
Sors le cube de la boîte ...	1	<input type="checkbox"/>
... puis donne-le moi.	1	<input type="checkbox"/>
Score F (compréhension de consignes)		/4

		Refus
Gnosies : discrimination auditive de phonèmes		
Dans un premier temps, dénommer chaque image en donnant des explications : « Là, c'est la bouteille de vin », « Là, c'est le fer à repasser » ...		
Dire ensuite à l'enfant « Montre-moi » et donner le mot sans le déterminant : « Montre-moi : main »		
L'ordre de désignation est différent de l'ordre de passation.		
main / vin / bain / pain	/ 4	<input type="checkbox"/>
fer / verre	/2	<input type="checkbox"/>
Score G (discrimination auditive de phonèmes)		/6

Score langage 2 : COMPREHENSION : E + F + G	/17
--	------------

Score langage 1 : EXPRESSION : A + B + C + D (page précédente)	/31
Score langage 2 : COMPREHENSION : E + F + G (ci-dessus)	/17
Score total langage : 1 + 2	/48



Bien penser à **reporter les 3 scores** :
psychomotricité,
langage,
dépistage TDAH.

PRESCRIPTION D'UN BILAN PSYCHOMOTEUR PAR LE MEDECIN REFERENT

Si à l'issue de l'examen de dépistage les résultats de l'enfant à la partie "bilan psychomoteur" d'ÉVAL MATER remplissent un des critères suivants :

< 4 ans (sur 60)	≥ 4 ans (sur 80)
Score ≤ 30	Score ≤ 44

le médecin référent peut prescrire un **bilan psychomoteur**.

Dans ce cas, le médecin référent doit remplir la **fiche de prescription Naître et Devenir**, située page 87. Cette fiche permet d'obtenir une réduction du montant à payer par les parents pour le bilan psychomoteur, grâce à une dérogation tarifaire qui sera versée directement au psychomotricien par le réseau.

NOM :
Prénom :

Examen spécifique 4 ans – page 3

SYNTHESE DE LA
CONSULTATION 4 ans

Comportement lors de l'examen	Participe volontiers <input type="checkbox"/> Participe peu <input type="checkbox"/> Ne participe pas <input type="checkbox"/> S'oppose <input type="checkbox"/>
-------------------------------	---

Sensoriel	<input type="checkbox"/> Absence de troubles	<input type="checkbox"/> Eléments à surveiller (à préciser) : <input type="checkbox"/> Pathologie suspectée												
Motricité globale Tonus	<input type="checkbox"/> Absence de troubles	<input type="checkbox"/> Eléments à surveiller (à préciser) : <input type="checkbox"/> Pathologie suspectée												
Scolarité	<input type="checkbox"/> Sans problème	<input type="checkbox"/> Difficultés rencontrées / proposition maintien ou AVS ou orientation (à préciser) :												
Eval Mater : bilan psychomoteur Score obtenu = à compléter	<input type="checkbox"/> Absence de troubles <table border="1"> <tr> <td>< 4 ans (sur 60)</td> <td>≥ 4 ans (sur 80)</td> </tr> <tr> <td>Score ≥ 53</td> <td>Score ≥ 62</td> </tr> </table>	< 4 ans (sur 60)	≥ 4 ans (sur 80)	Score ≥ 53	Score ≥ 62	<input type="checkbox"/> Surveillance : réévaluation dans 6 mois <table border="1"> <tr> <td>< 4 ans (sur 60)</td> <td>≥ 4 ans (sur 80)</td> </tr> <tr> <td>31 ≤ Score ≤ 52</td> <td>45 ≤ Score ≤ 61</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Orientation : bilan psychomoteur (cf page suivante) <table border="1"> <tr> <td>< 4 ans (sur 60)</td> <td>≥ 4 ans (sur 80)</td> </tr> <tr> <td>Score ≤ 30</td> <td>Score ≤ 44</td> </tr> </table>	< 4 ans (sur 60)	≥ 4 ans (sur 80)	31 ≤ Score ≤ 52	45 ≤ Score ≤ 61	< 4 ans (sur 60)	≥ 4 ans (sur 80)	Score ≤ 30	Score ≤ 44
< 4 ans (sur 60)	≥ 4 ans (sur 80)													
Score ≥ 53	Score ≥ 62													
< 4 ans (sur 60)	≥ 4 ans (sur 80)													
31 ≤ Score ≤ 52	45 ≤ Score ≤ 61													
< 4 ans (sur 60)	≥ 4 ans (sur 80)													
Score ≤ 30	Score ≤ 44													
Eval Mater : bilan de langage Score obtenu = à compléter	<input type="checkbox"/> Absence de troubles Score ≥ 39	<input type="checkbox"/> Surveillance : réévaluation dans 6 mois <table border="1"> <tr> <td>< 4 ans</td> </tr> <tr> <td>36 ≤ Score ≤ 38</td> </tr> </table> <input type="checkbox"/> Orientation : bilan orthophonique <table border="1"> <tr> <td>< 4 ans</td> <td>≥ 4 ans</td> </tr> <tr> <td>Score ≤ 35</td> <td>Score ≤ 38</td> </tr> </table>	< 4 ans	36 ≤ Score ≤ 38	< 4 ans	≥ 4 ans	Score ≤ 35	Score ≤ 38						
< 4 ans														
36 ≤ Score ≤ 38														
< 4 ans	≥ 4 ans													
Score ≤ 35	Score ≤ 38													
Questionnaire de dépistage du TDAH Score obtenu = à compléter	<input type="checkbox"/> Absence de troubles Score ≤ 14	<input type="checkbox"/> Avis pédopsychiatrique Score ≥ 15												
Autres pathologies organiques	<input type="checkbox"/> Absence de troubles	<input type="checkbox"/> Eléments à surveiller (à préciser) : <input type="checkbox"/> Pathologie suspectée												

Commentaires et résultats des bilans éventuels:

Prochain RDV Naître et Devenir le :
/ / à h



Bilan visuel à prescrire pour 5 ans !

PRISE EN CHARGE A PREVOIR			
	Libéral	CAMSP	CMP CMPP
Kinésithérapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychomotricité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthophonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :	<input type="checkbox"/>	<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 :