

Examen spécifique 6 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 :

	Mesure	DS ou percentile
Poids		
Taille		
PC		

Mode d'exercice: Libéral

Salarié : hospitalier PMI CAMSP

Date d'examen :

Age réel : Age corrigé :

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"/>		
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 :

Evolution pré linguistique (d'après CLAMS)	Acquis	Non acquis
S'oriente à la voix durant l'examen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !
Rit aux éclats à l'interrogatoire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !
Ah-gueu à l'interrogatoire	<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"/>
	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"/>

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

Suivi 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		

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

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"/>	



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"/>

Examen du crâne

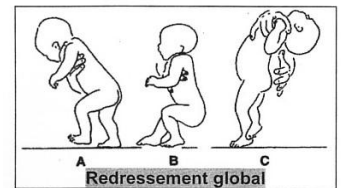
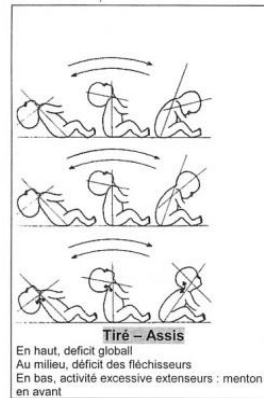
Fontanelle antérieure	Ouverte	<input type="checkbox"/>
	Fermée	<input type="checkbox"/>

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	Disparition normale	<input type="checkbox"/>
	Persistance anormale	<input type="checkbox"/>
Réflexe tonique asymétrique du cou	Disparition normale	<input type="checkbox"/>
	Persistance anormale	<input type="checkbox"/>



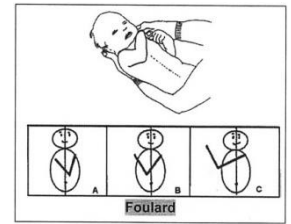
ROT et RCP		D	G
Bicipital	Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Vif	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Absent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotulien	Normal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Absent	<input type="checkbox"/>	<input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

NOM :

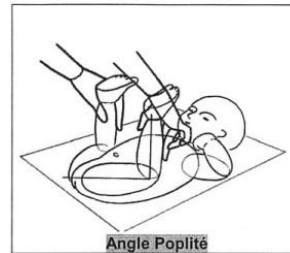
Prénom :

Tonus périphérique

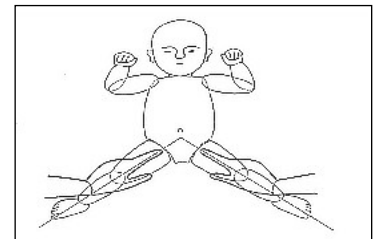
Membres supérieurs			D	G
Position en chandelier	Absente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Présente		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Foulard	A	Ne dépasse pas la ligne médiane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	B	Dépasse la ligne médiane	<input type="checkbox"/>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



Membres inférieurs			
Angle poplité		D	G
	≥ 90 (normal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	≤ 80 (hypertonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Aucune résistance (hypotonie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Angle de adducteurs	≥ 70 (normal)	<input type="checkbox"/>
	≤ 60 (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"/>

Motricité globale	Acquis	Non acquis
Contrôle de la tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !
Attrape ses pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !
Appui bras tendus à plat ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retournement dos-ventre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retournement ventre-dos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Motricité fine	Acquis	Non acquis
Joue avec ses mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !
Attrape un objet qui lui est tendu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !
Passes les objets d'une main à l'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !

Cognition, jeu

Cognition, jeu d'après O. Jenni et l'étude longitudinale de Zürich	Acquis	Non acquis
Met à la bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !
Tape les objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Observe les objets	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Identifie les personnes connues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Alerte !

NOM :

Prénom :

SYNTHESE DE LA CONSULTATION 6 MOIS AC

Tolérance aux manipulations	Excellente	<input type="checkbox"/>
	Déstabilisation modérée	<input type="checkbox"/>
	Déstabilisation importante	<input type="checkbox"/>

Score neuromoteur <small>(d'après Latal et Ferriero)</small>	<input type="checkbox"/> 0 - Normal
	<input type="checkbox"/> 1 - Anomalie modérée du tonus <u>ou</u> des réflexes
	<input type="checkbox"/> 2 - Anomalie modérée du tonus <u>et</u> 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

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	<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 Sociabilité Langage	<input type="checkbox"/> Absence de troubles	<input type="checkbox"/> Eléments à surveiller (à préciser) : <input type="checkbox"/> Pathologie suspectée (à préciser) :
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 9 mois AC !** 

Prochain RDV Naître et Devenir le : / / à h

PRISE EN CHARGE A PREVOIR				CS RECOURS	
	Libéral	CAMSP	Objet de la prescription	Ophthalmologue	<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 :