



Dossier de suivi

Examen de 12 mois d'AC

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

Date de la consultation : _____

Informations sur l'enfant

Date de naissance : _____

Age civil de l'enfant au moment de la consultation : _____

Age corrigé de l'enfant au moment de la consultation : _____

Identification du médecin

Identité du professionnel : _____

Exercice libéral oui non

Si non, nature de l'établissement d'exercice :

- CAMSP
- Centre Hospitalier
- PMI
- Autre établissement spécialisé

Renseigner la structure : _____

Soins prescrits lors de la consultation précédente

Faits

Non faits

Événements depuis la dernière consultation

Hospitalisation(s) depuis la dernière CS

Nombre d'hospitalisations : _____

Précisez (hospitalisations) : _____

Événements médicaux ou familiaux importants

Précisez (événements médicaux) : _____

Evaluation psycho-affective de la famille normal anormal

Vécu familial (Appréciation générale par les parents, qualité de vie familiale)

Pas de répercussion sur la vie familiale

Contrainte modérée ayant peu de répercussions (trajets ou autre difficulté)

Parents fatigués, inquiets, sensation d'isolement ou de ne pas avoir établi un lien sécuritaire avec son bébé

Mode de garde

Assistante Maternelle

Crèche/halte-garderie

Garde à domicile

Mesure ASE

AED (Aide éducative à Domicile)

AEMO (Aide Educative en Milieu Ouvert)

Famille d'accueil

Placement à domicile

Parents

Autre :

Préciser : _____

Auto - Questionnaire EPDS (à remplir si score ≥ 2)

10 items cotés de 0 à 3 Score ≥ 11

Traitement et/ou consommation de substance actuels Oui Non

Alcool

Mère

Co-parent

Autre toxique

Mère

Co-parent

Cannabis

Cocaïne

Héroïne

- Traitement substitutif
- Autres : _____

- Tabac
 - Mère
 - Co-parent

- Traitement
 - Mère
 - Co-parent
 - Anti-dépresseurs
 - Anxiolytiques / hypnotiques
 - Antiépileptiques
 - Autres psychotropes (lithium ...)
 - Autres (en clair) : _____

Domaine somatique normal anormal

Respiratoire

Maladie pulmonaire chronique oui non
Observations sur la maladie pulmonaire chronique : _____

Bronchiolite _____ oui non
Nombre d'épisodes : _____

- Thérapie :
- O2 en continu
 - O2 en discontinu
 - Corticothérapie
 - Bêta-2 stimulants
 - Anticorps monoclonal anti VRS
 - Autre traitement : _____

Cardiaque _____ Oui Non
Type de pathologie ou malformation cardiaque : _____

Troubles digestifs Oui Non

- Type :
- RGO traité
 - Constipation
 - Stomie
 - Sonde naso-gastrique
 - Autre

Neurologique

Convulsions

- Absentes
- Bien contrôlées par le traitement
- Mal contrôlées par le traitement

Traitement : _____

Dérivation ventriculopéritonéale oui non

IRM réalisée après l'hospitalisation néonatale oui non

Date : _____

Résultat Normal Anormal

Si anormal, préciser le type d'anomalie :

- Anomalie du cervelet
- AVC
 - Topographie : _____
- Hypersignal de la substance blanche :
 - Hémisphérique
 - Fosse postérieure
- HIV I-II
- HIV III-IV
- Ischémie
 - Topographie : _____
- Lésions traumatiques cérébrales
- LMPV C
- LMPV NC
- Malformation
 - Agénésie du corps calleux
 - Autre

Préciser : _____

Autres pathologies somatiques

Observations : _____

Vaccinations : sont-elles à jour ? Oui Non

Croissance (courbes du carnet de santé) normal anormal

Poids : _____ g

PS :

- supérieur au 90ème percentile
- entre 10ème et 90ème percentile

inférieur au 10ème percentile

Taille : _____ cm

PS :

supérieur au 90ème percentile

entre 10ème et 90ème percentile

inférieur au 10ème percentile

Périmètre crânien : _____ cm

PS :

supérieur au 90ème percentile

entre 10ème et 90ème percentile

inférieur au 10ème percentile

Oralité - Langage

Allaitement maternel

Allaitement mixte

Allaitement artificiel

Arrêt allaitement

Diversification

Petits morceaux

Oralité normal anormal

Pas de problème ou petites difficultés facilement résolues

Réflexe nauséux exacerbé, régurgitations, bavage ; n'accepte que les textures très lisses ; ne met pas ses doigts à la bouche

Fausse route et/ou toux, durée du repas anormalement longue ; Réflexe nauséux massif, irritabilité tactile (refuse de toucher les aliments) Sélectivité alimentaire inhabituelle pour l'âge, n'accepte pas autre chose que le lait

Langage normal anormal

Babille de manière expressive et variée

Oui Non

Iers mots « papa », « maman » ou autres

Oui Non

Obéit à un ordre simple accompagné d'un geste

Oui Non

Redouble les syllabes

Oui Non

Réagit à son prénom

Oui Non

Comprend le non (un interdit)

Oui Non

Domaine neurosensoriel

Audition normal anormal

Avis ORL si pas de réaction au bruit ou réactions paradoxales ou sélectives aux sons

S'oriente à la voix facilement Oui Non
Cherche d'où vient le bruit Oui Non
Sursaute aux bruits forts Oui Non

Consultation ORL Oui Non

PEA fait _____ Oui Non
Résultats du PEA Normaux Anormaux
Si anormal, côté anormal Droite Gauche

Audiogramme _ Oui Non
Résultats audiogramme Normaux Anormaux
Si anormal, côté anormal Droite Gauche

A contrôler si doute Droite Gauche

Commentaire : _____

Vision normal anormal

Signes oculaires

- Strabisme ou reflet pupillaire excentré
- Nystagmus
- Plafonnement, errance du regard
- Pas d'exploration par le regard
- Hypersensibilité à la lumière

Poursuite visuelle horizontale (180 °) et verticale

- Facile
- Discontinue
- Absent

Consultation ophtalmologique avec bilan orthoptique demandée Oui Non

Consultation ophtalmologique avec bilan orthoptique réalisée Oui Non

Cécité (suspicion) Oui Non

Troubles de la réfraction Oui Non

Si oui,

- Myopie
- Hypermétropie
- Astigmatie

Lunettes

Commentaire : _____

Domaine affectif et socialisation

normal anormal

Affect (ajustement postural – accordage affectif – Tolérance aux manipulations – qualité des interactions)

- Pas de problème ou petites difficultés facilement résolues se prête activement à l'habillage par l'adulte, donne sa main ou son pied, accepte la relation à l'étranger, il joue à faire semblant, curiosité envers le monde qui l'entoure
 - Interagit après sollicitations insistantes ; jamais à l'initiative de l'interaction ; soins corporels du quotidien mal supportés
 - Absence d'interaction (évitement, se détourne) ; fuite du regard ; absence totale de regard pendant la tétée ; ne suit que les objets (pas les visages) ;
- Hypo ou hyper réactivité à des stimuli sensoriels : tactile (éviction/aversion au contact texture /tissus), visuelle (se focalise sur un objet ou sur la lumière), auditive, olfactive ;
Mouvements stéréotypés, répétitifs ;
Exploration/ utilisation étrange des objets de l'environnement

Retrait relationnel

Echelle M-ADBB (5 items, 0 à 2, seuil=2)
Uniquement si médecin formé

Score Total = Saisir nombre/10
Score >seuil

Echelle M-ADBB (8 items, 0 à 4, seuil=5)
Uniquement si médecin formé

Score Total = Saisir nombre/32
Score >seuil

Séparation _____

Séparation testée

Oui Non

Si oui,

- Facile ou petites difficultés facilement résolues
- Difficultés moyennes, implication particulière des parents
- Difficultés importantes : quotidiennes

Comportement

- Absence de problèmes de comportements
- Pleure souvent, difficile à consoler et à comprendre ou peu expressif
- Pleurs incontrôlables, enfant anormalement calme voire passif qui peut se faire oublier

Excitabilité

Hyperexcitabilité (hypervigilance, pleurs)

Hypoexcitabilité

Exposition aux écrans

Oui Non

Point de vigilance pour sensibiliser la famille

Sommeil _____

Couchage selon les recommandations (p.16 du carnet de santé) oui non

Qualité : _____

Lieu de couchage de l'enfant : _____

Problème de sommeil :

- Pas de problème ou petites difficultés facilement résolues
- Endormissement difficile (ne s'endort pas seul, angoisses au moment du coucher) ; réveils nocturnes (ne se rendort pas seul)
- Endormissement très long (> 30 MIN) ; temps de sommeil insuffisant (réveils nocturnes >3 et/ou < 2 siestes/j) Inversion cycle jour /nuit

Socialisation

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Se reconnaît dans le miroir | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Se balance sur le rythme d'une musique et reconnaît une mélodie | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Aime être pris dans les bras | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Se tourne préférentiellement vers son parent | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Pointe du doigt ce qu'il désire (pointage proto-impératif) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Participe au coucou caché | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Attention conjointe (regarde ce que l'adulte lui montre du doigt) | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |
| Au revoir, bravo | <input type="checkbox"/> oui | <input type="checkbox"/> non |

Domaine neuromoteur

normal anormal

Age de la station assise : Saisir texte AC

Activité motrice spontanée

- Bon enchaînement moteur
 - Peu fluide, stéréotypée, saccadée, pauvre, peu variée
 - Absents, asymétrie de mouvements entre les 2 hémicorps
- Si oui côté pathologique D G

Crâne _____

- Craniosténose
- Plagiocéphalie droite
- Plagiocéphalie gauche
- Plagiocéphalie postérieure

Réflexe tonique asymétrique du cou persistant Oui Non

Régulation Tónico-Posturale (capacité à se regrouper en flexion, bassin enroulé, nuque détendue) _____

Facile, stable aux stimulations

- Difficile, attitude en hyper-extension ou en virgule mais regroupement possible avec soutien
- Difficultés importantes et persistantes malgré un soutien adapté (crispé en hyperextension)

Motricité globale

- | | |
|---|---|
| Station assise stable (sans appui, sans aide dos droit) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Retournement ventre/dos et dos/ventre | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Se met assis seul = passe seul de la position couchée à assise | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Se protège des chutes vers l'avant et le côté (parachute et poussée latérale) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Se déplace seul au sol | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Déplacement ___ | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Rampe _____ | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 4 pattes symétriques | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| 4 pattes asymétriques | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Chevalier servant | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Se met debout seul | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Pieds à plat _____ | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Pointe des pieds (équin) | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Marche avec aide | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Marche avec appui | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Marche autonome | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Membres supérieurs

- Asymétrie (coté hypertonique) ; si oui,
 - Droite Gauche
- Hypertonie ; si oui,
 - Bilatérale Unilatérale
- Hypotonie
- Tonus normal

Membres inférieurs

- Asymétrie (coté hypertonique) ; si oui,
 - Droite Gauche
- Hypertonie ; si oui,
 - Bilatérale Unilatérale
- Hypotonie ; si oui,
 - Bilatérale Unilatérale
- Spasticité ; si oui,
 - Bilatérale Unilatérale
- Tonus normal

Axe corporel

- Asymétrie droite- gauche (attitude en virgule) ; si oui,
Côté hypertonique Droite Gauche
- Hypertonie (excès de tonus postérieur)
- Hypotonie
- Tonus normal

Motricité fine-cognition

normal anormal

- Préhension volontaire acquise (cherche l'objet du regard et l'attrape) Oui Non
- Permanence de l'objet (cherche l'objet que l'on vient de cacher) Oui Non
- Utilise ses 2 mains de façon indifférenciée Oui Non
- Passage de l'objet d'une main à l'autre Oui Non
- Pince pouce index Oui Non
- Empile 2 cubes, vide et remet la pastille dans le flacon, début des encastrement (rond), boit au verre ou à la tasse (minimum 2 items réalisés) Oui Non
- Gribouille faiblement sur démonstration Oui Non
- Asymétrie ____ Oui Non
- Si oui, côté pathologique Droite Gauche

—

SYNTHESE DE LA CONSULTATION A 12 MOIS AC (conforme à l'observation)

- L'enfant va bien, sera revu à 18 MAC
- L'examen met en évidence ou suspecte des difficultés, une stagnation ou une régression dans un ou plusieurs domaines
 - Evaluation psycho-affective de la famille
 - Domaine somatique
 - Evaluation croissance
 - Evaluation oralité
 - Evaluation langage
 - Evaluation audition
 - Evaluation vision
 - Evaluation affect-socialisation
 - Evaluation neuromoteur
 - Evaluation motricité fine et cognition
- Enfant malade ou indisponible pendant la consultation.

Une prise en charge a été prescrite à l'issu de cette consultation Oui Non

Observations :

ORIENTATION A L'ISSUE DE L'EXAMEN

OUI NON

Soins prescrits

- Ergothérapeute
- Kinésithérapeute
- Orthoptiste (non pris en charge dans le cadre du parcours COCON jusqu'à 2 ans)
- Orthophoniste
- Psychomotricien
- Psychologue

Consultation de recours

- Neuropédiatre
- Médecin MPR
- Pédopsychiatre
- OPH
- ORL
- Gastro-pédiatre
- Pneumo-pédiatre

Endocrinologue

Cardiologue

Autre : _____

Orientation

PCO

CAMSP

CMP/CMPP

Autre structure : _____

Démarche Initiée En cours Acceptée Refusée

MDPH /MDA Initiée En cours Acceptée Refusée

Aides sociales

AJPP

ALD

Démarche Initiée En cours Acceptée Refusée