



Réseau de
Périnatalité
Occitanie

Examen de 18 mois d'AC

Date de la consultation : _____

Nom de l'enfant : _____

Prénom de l'enfant : _____

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 :

CAMSP

Centre hospitalier

PMI

Autre établissement spécialisé

Nom de la structure :

Soins prescrits lors de la consultation précédente

Faits

Non faits

Evénements depuis la dernière consultation

Hospitalisation(s) depuis la dernière CS des 12 Mois

Nombre : _____

Précisez : _____

Evénements médicaux ou familiaux importants

Précisez : _____

Evaluation psycho-affective de la famille normal anormal

Mode de garde

2 Parents

Parent isolé

Assistante Maternelle

Crèche/halte-garderie

Garde à domicile

Mesure ASE

Famille d'accueil

Placement à domicile

AED (Aide éducative à Domicile)

AEMO (Aide Educative en Milieu Ouvert)

Pouponnière

Autre :

Préciser : _____

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 sécure avec son bébé

Traitement et/ou consommation de substance actuels Oui Non

Alcool

Mère

Co-parent

Autre toxique

Mère

Co-parent

- Cannabis
- Cocaïne
- Héroïne
- Traitement substitutif
- autre : _____

- 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
Observations sur la maladie pulmonaire chronique : _____

- Bronchiolite
Nombre d'épisodes : _____

- Asthme

Thérapie

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

Cardiaque _____

Oui Non

Type de pathologie ou malformation cardiaque : _____

Troubles digestifs

Oui Non

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

Préciser : _____

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

Si oui, date : _____

Résultat Normal Anormal

Si anormal, préciser le type d'anomalie :

Anomalie du cervelet

AVC

Topographie : _____

Hypersignal de la substance blanche

Droite

Gauche

Hémisphérique

Fosse postérieure

HIV I-II

Droite

Gauche

HIV III-IV **som_18M_irm_result_HIV3_cote**

Droite

Gauche

Ischémie

Topographie : _____

Lésions traumatiques cérébrales

Droite

Gauche

LMPV C

Droite

Gauche

LMPV NC

- Droite
- Gauche
- Malformation
 - Agénésie du corps calleux
 - Autre

Préciser : _____

Autres pathologies somatiques en clair

Préciser : _____

Vaccinations : sont-elles à jour ?

Oui Non

Croissance (courbes du carnet de santé) normal anormal

Poids : _____ kg

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

Si oui, type de lait artificiel : _____

- Arrêt allaitement

Si oui, durée allaitement : _____

- Diversification
- Petits morceaux

Oralité _____

normal anormal

- Pas de problème ou petites difficultés facilement résolues
- Petit appétit ; refuse le brossage des dents ; réflexe nauséux exacerbé ; grignotage intempestif ; refus nouveaux aliments
- N'accepte que les textures très lisses ; réflexe nauséux massif ; fuite de lait par la commissure des lèvres, bavage ; refus de la cuillère ; ne met pas ses doigts à la bouche ; fausse route et/ou toux ; sélectivité alimentaire inhabituelle pour l'âge ; refuse de toucher les aliments ; durée des repas très longue

Langage _____

normal anormal

Si anormal : _____

- | | |
|---|---|
| Comprend les mots familiers | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Jargonne en imitant les intonations de l'adulte | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Désigne 5 parties du corps | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Dit 5 mots (papa, maman, dodo, tiens, encore ...) | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Désigne un objet ou une image sur consigne orale | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Comprend les consignes simples | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

Domaine neurosensoriel

Audition _____

normal anormal

Si anormal :

- | | |
|--|---|
| S'oriente à la voix facilement | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| S'oriente volontairement vers la source sonore | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Sursaute aux bruits forts | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |
| Répond à son prénom | <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non |

PEA _____

oui non

- | | |
|--------------------------|--|
| Si oui, résultats | Normaux <input type="checkbox"/> Anormaux <input type="checkbox"/> |
| Si anormal, côté anormal | Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> |

Audiogramme _____

oui non

- | | |
|--------------------------|--|
| Si oui, résultats | Normaux <input type="checkbox"/> Anormaux <input type="checkbox"/> |
| Si anormal, côté anormal | Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> |

A contrôler, si doute

Droite Gauche

Sensory Baby Test

oui non

- | | |
|--------------------------|--|
| Si oui, résultats | Normaux <input type="checkbox"/> Anormaux <input type="checkbox"/> |
| Si anormal, côté anormal | Droite <input type="checkbox"/> Gauche <input type="checkbox"/> |

Infections ORL à répétition

oui non

Surdité appareillée

oui non

Commentaire : _____

Vision normal anormal

Si anormal, signes oculaires :

Strabisme ou reflet pupillaire excentré

Nystagmus

Pas d'exploration par le regard

Plafonnement, errance du regard

Hypersensibilité à la lumière

Poursuite visuelle horizontale (180 °) et verticale

Facile

Discontinue

Absente

Se cogne, tombe souvent, butte sur les obstacles

oui non

Aime regarder les images d'un livre

oui non

Consultation ophtalmologique des 9 mois avec bilan orthoptique

Oui Non

Si oui, résultats

Normaux Anormaux

Si anormal,

Suspicion de cécité

Oui Non

Troubles de la réfraction

Oui Non

Si oui,

Myopie

Hypermétropie

Astigmatie

Port de lunettes

Commentaire : _____

Domaine affectif et socialisation

normal anormal

Exposition aux écrans

Point de vigilance pour sensibiliser la famille

M-CHAT-R (score questionnaire parental (nombre de cases grisées))

0-2 : normal

3-7 : à contrôler 6 mois après

≥ 8 : pathologique

Penser à orienter vers la PCO (± avis pédopsychiatre) en cas de M-CHAT pathologique

Affect

- Pas de problème
- Intolérance à la frustration, hétéro agressivité ; soins corporels du quotidien mal supportés ; n'aime pas être pris dans les bras
- Absence d'interaction (Evitement, se détourne) ; fuite du regard ; Hypo ou hyper réactivité à des stimuli sensoriels : tactile, visuelle (se focalise sur un objet ou sur la lumière), auditive, olfactive ; Mouvements répétitifs stéréotypés ; Exploration ou utilisation étrange des objets ; Auto-agressivité

Retrait relationnel

Echelle M-ADBB (5 items, 0 à 2, seuil=2) Score Total = ____/10

Uniquement si médecin formé

Echelle ADDBB (8 items, 0 à 4, seuil=5) Score Total = ____/10

Uniquement si médecin formé

Socialisation

- Pas de problème
- Difficultés, *si coché* :
- Joue à des jeux d'imitation ou symboliques Oui Non
- Se regarde dans le miroir Oui Non
- Montre avec le doigt afin d'obtenir quelque chose (pointage proto-impératif) Oui Non
- Montre avec le doigt ce qui l'intéresse pour attirer attention de l'adulte (pointage proto-déclaratif) Oui Non
- Est capable de dire non ou d'exprimer un refus Oui Non

Comportement

- Absence de problèmes de comportement
- Difficultés, *si coché* :
- Pleure souvent et difficile à consoler ou peu expressif Oui Non
- Agitation incessante Oui Non
- Colères violentes, répétées Oui Non
- Trop sage, pas de sourire et/ou silencieux Oui Non

Sommeil ____

- Pas de problème ou petites difficultés facilement résolues
- Difficultés moyennes demandant une implication particulière des parents (difficultés d'endormissement difficile, réveils nocturnes, absence de sieste, ronflements)
- Troubles durables et quotidiens (endormissement très long, temps de sommeil insuffisant, inversion du cycle jour/nuit)

Qualité du sommeil : _____
Lieu de couchage de l'enfant : _____

Domaine neuromoteur

normal anormal

Motricité globale

Pas de problème de motricité globale (marche autonome, marche à reculons, monte les escaliers, pousse du pied un ballon, pas de latéralisation avant 18 mois)

Difficultés de motricité globale, *si coché* :

Symétrie dans les appuis Oui Non

Court avec des mouvements coordonnés des bras Oui Non

Monte les escaliers marche par marche (seul ou avec aide) Oui Non

Pousse du pied le ballon / shoote dans un ballon Oui Non

Lance le ballon Oui Non

Saute sur place Oui Non

Se lève seul à partir du sol Oui Non

Marche sans aide plus de 5 pas Oui Non

Age marche autonome (en AC) : _____

Qualité de la marche

normale

anormale (pointe des pieds, fauchage, sautillante, ataxique...)

Membres supérieurs

Tonus normal

Asymétrie (coté hypertonique) ; *si oui*,

Droite Gauche

Hypertonie ; si oui,

Bilatérale Unilatérale

Hypotonie

Bilatérale Unilatérale

Membres inférieurs

Tonus normal

Asymétrie (coté hypertonique) ; *si oui*,

Droite Gauche

Hypertonie ; si oui,

Bilatérale Unilatérale

Hypotonie ; si oui,

Bilatérale Unilatérale

Spasticité ; si oui,

Bilatérale Unilatérale

Pieds en équin _

Oui Non

Axe corporel

- Tonus normal
- Asymétrie droite- gauche ; *si oui*,
Coté hypertonique Droite Gauche
- Hypertonie (excès de tonus postérieur)
- Hypotonie (cyphose dorsale en position assise)

Reflexes rotuliens

- Présents
- Vifs; *si oui*,
 Droite Gauche
- Absents

Motricité fine-cognition

normal anormal

- Commence à boire au verre ou à la tasse Oui Non
- Essaie de manger avec la cuillère ou avec les doigts Oui Non
- Encastrement simple (rond, carré) Oui Non
- Activités variées, cherche la fonction de l'objet et ne le porte plus que rarement à la bouche Oui Non
- Empile 3 cubes** Oui Non
- Met facilement un petit objet dans un récipient** Oui Non
- Exploration/utilisation adaptée des objets et de l'environnement Oui Non
- Retire la pastille du flacon Oui Non

SYNTHESE DE LA CONSULTATION

L'enfant va bien, sera revu à 24 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

Normal Anormal

Domaine somatique

Normal Anormal

Croissance ____

Normal Anormal

Alimentation ____

Normal Anormal

Langage ____

Normal Anormal

Audition ____

Normal Anormal

Vision ____

Normal Anormal

Affectif et socialisation

Normal Anormal

Activité motrice

Normal Anormal

Motricité fine et cognition

Normal Anormal

Compte rendu ou pièce jointe

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

+ comme pour autres formulaires lien vers site du RPO pour consulter les professionnels COCON et vers pages permettant de télécharger les courriers

Consultation de recours

Gastro-pédiatre

Médecin MPR

Neuropédiatre

Ophtalmologiste

ORL

Pédopsychiatre

Pneumo-pédiatre

Endocrinologue

Cardiologue_

Autre : _____

Orientation

CAMSP

CMP/CMPP

PCO

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