



Examen de 24 mois d'AC

Type de consultation :

- 1ère consultation à 2 ans
- 2nde consultation à 2 ans

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 18 Mois

Nombre : _____

Précisez : _____

Evénements médicaux ou familiaux importants

Précisez : _____

Evaluation psycho-affective de la famille normal anormal

Mode de vie

avec les 2 parents

en garde alternée

avec parent isolé (famille monoparentale)

Père

Mère

Mode de garde

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 sécuritaire avec son bébé

Traitement et/ou consommation de substance actuels Oui Non

Alcool

Mère

Co-parent

Autre toxique

Mère

Co-parent

Type de substances toxiques

Cannabis

Cocaïne

Héroïne

Traitement substitutif

autre : _____

Tabac

Mère

Co-parent

Traitement

Mère

Co-parent

Type de traitement

Anti-dépresseurs

Anxiolytiques / hypnotiques

Antiépileptiques

Autres psychotropes (lithium ...)

Autres (en clair) : _____

Domaine somatique

normal anormal

Vaccinations : sont-elles à jour ?

Oui Non

Respiratoire

Maladie pulmonaire chronique

oui non

Observations sur la maladie pulmonaire chronique : _____

Bronchiolite _____

oui non

Nombre d'épisodes : _____

Asthme _____

oui non

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

Type

- 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 IRM 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
 - 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 : _____

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

Alimentation et langage

Allaitement maternel Oui Non

Si oui, durée allaitement : _____

- Exclusif
- Mixte

- Diversification
- Petits morceaux

- Repas partagé en famille

Alimentation-

Alimentation ____

normal anormal

- Pas de problème ou petites difficultés facilement résolues : apprécie toutes les textures, mâche les aliments, mange à la cuillère, accepte de goûter la plupart des aliments nouveaux
- 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

- Langue étrangère parlée à la maison

Si anormal :

Dit spontanément plus de 10 mots usuels

oui non

Associe 2 mots

oui non

Langage compréhensible pour l'entourage

oui non

Jargonne en imitant les intonations de l'adulte / Langage expressif avec prosodie

oui non

Nomme des images

oui non

Utilise son prénom, le « je », le « moi »

oui non

Désigne 2 images parmi 5 sur consigne orale

oui non

Comprend les consignes simples du quotidien hors contexte

oui non

Désigne 5 parties du corps

oui non

Domaine neurosensoriel et paires crâniennes

Visage ____

Imite certains bruits de bouches et/ou souffle et/ou fait un bisou

oui non

Audition ____

normal anormal

Si normal, afficher : « S'oriente à la voix et au son facilement, s'oriente volontairement vers la source sonore, sursaute aux bruits forts, répond à son prénom, pas d'anomalie PEA/audiogramme/SBT »

Sinon :

S'oriente à la voix facilement

oui non

S'oriente volontairement vers la source sonore oui non
Crie, parle fort oui non
Répond à son prénom oui non

PEA _____ Oui Non
Si oui, résultats Normaux Anormaux
Si anormal, côté anormal Droite Gauche

Audiogramme _____ Oui Non
Si oui, résultats Normaux Anormaux
Si anormal, côté anormal Droite Gauche

A reconstrôler, si doute Droite Gauche

Sensory Baby Test Oui Non
Si oui, résultats Normaux Anormaux
Si anormal, côté anormal Droite Gauche

Examen des tympans Oui Non
Si oui, résultats Normaux Anormaux
Si anormal, côté anormal Droite Gauche

Infections ORL à répétition oui non
Surdité appareillée oui non

Commentaire : _____

Vision normal anormal

Si normal, afficher : « *Pas de signe à l'examen oculaire, poursuite visuelle normale, pas d'errance du regard, pas de plafonnement, pas de strabisme ou nystagmus. Poursuite oculaire normale ; consultation et bilan orthoptique normaux* »

Sinon :

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

Consultation ophtalmologique 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

Oui Non

Commentaire : _____

Domaine affectif et socialisation

normal anormal

Exposition aux écrans

Oui Non

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 (\pm avis pédopsychiatre) en cas de M-CHAT pathologique

Socialisation ____

Pas de problème (pas de signe évoquant un TSA, ni de trouble de la relation, ni troubles de la régulation émotionnelle)

Phrase à faire apparaître si pas de problème : N'hésitez pas à vérifier l'absence des 15 items listés dans la rubrique « difficultés » avant de valider qu'il n'y a pas de problème.

Difficultés de socialisation, si coché :

Intolérance à la frustration

Oui Non

Hétéro/auto agressivité

Oui Non

Soins corporels du quotidien bien supportés ; aime être pris dans les bras

Oui Non

Bonnes interactions (pas d'évitement ni fuite du regard, ne se détourne pas)

Oui Non

Réactions normales aux stimuli sensoriels, visuels et/ou auditifs et/ou olfactifs (pas d'hypo ou hyper réactivité, ne se focalise sur un objet ou sur la lumière)

Oui Non

Mouvements répétitifs stéréotypés

Oui Non

Exploration ou utilisation étrange des objets

Oui Non

S'intéresse aux autres enfants

Oui Non

- Est à l'initiative de la relation Oui Non
 Ne réagit qu'après sollicitation insistante Oui Non
 Participe à des jeux de faire semblant, d'imitation (dinette, garage) 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
 Accepte le « non » Oui Non

Retrait relationnel

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

Uniquement si médecin formé

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

Uniquement si médecin formé

Comportement

- Absence de problèmes de comportement
 Difficultés de comportement, *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

Age marche autonome (en AC) : _____

Qualité de la marche

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

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 (après démonstration) 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

Motricité spontanée sur le dos

- normale (bon enchaînement moteur)
- excessive ou pauvre (saccadée, stéréotypée, peu variée)
- absente ou asymétrique

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

Paralysie cérébrale

- Non
 Oui ; si oui, évaluation GMFCS (ajouter lien vers [H61 | Paralysie Cérébrale \(PC\) : définition, prévalence et étiologie - Fiches Conseils - Professionnel de santé et le handicap \(handiconnect.fr\)](#))
- Grade 1
 - Grade 2
 - Grade 3
 - Grade 4
 - Grade 5

Motricité fine-cognition

- normal anormal

Si normal, afficher : « Commence à manger seul, fait une tour de 3 cubes, tourne les pages d'un livre et retire la pastille du flacon »

Sinon,

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Boit seul au verre ou à la tasse | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Mange avec la cuillère ou avec les doigts | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Réalise un encastrement simple (rond, carré) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Empile 5 cubes | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Pointe un objet ou une image qui vient d'être montré(e) sur la table ou dans un livre | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Aligne 3 cubes pour faire un train | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Exploration/utilisation adaptée des objets et de l'environnement | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Tourne les pages d'un livre en regardant les images | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Gribouille | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Reproduit un trait vertical sur démonstration | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

SYNTHESE DE LA CONSULTATION

Développement global de l'enfant

ASQ (score questionnaire parental (nombre de cases grisées))

Communication : _____

Motricité globale : _____

Motricité fine : _____

Résolution de problème : _____

Socialisation : _____

Score total : _____

- L'enfant va bien, sera revu à 3 ans

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 <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Domaine somatique	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Croissance ____	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Alimentation __	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Langage ____	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Audition ____	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Vision ____	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Affectif et socialisation	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Activité motrice	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Paralysie cérébrale	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>
Motricité fine et cognition	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>

Compte rendu ou pièce jointe

Observations : _____

ORIENTATION A L'ISSUE DE L'EXAMEN

OUI NON

Soins prescrits

- Ergothérapeute
- Kinésithérapeute
- Orthoptiste
- 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

Légende :

Critères PCO