



# Examen de 3 ans

**Nom de l'enfant :** \_\_\_\_\_

**Prénom de l'enfant :** \_\_\_\_\_

**Date de naissance :** \_\_\_\_\_

**Type de consultation :**

- 1ère consultation à 3 ans
- 2de consultation entre 3 et 4 ans

**Date de la consultation :** \_\_\_\_\_

## Informations sur l'enfant

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

Si non faits, pourquoi ? \_\_\_\_\_

## Evénements depuis la dernière consultation

Hospitalisation(s) depuis la dernière consultation

Nombre : \_\_\_\_\_

Précisez : \_\_\_\_\_

Evénements médicaux ou familiaux importants

Précisez : \_\_\_\_\_

Evaluation psycho-affective de la famille  normale   
anormale

Mode de vie (*visibilité systématique*)

avec les 2 parents

en garde alternée

avec parent isolé (famille monoparentale)

Père

Mère

Mode de garde (*visibilité systématique*)

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 : \_\_\_\_\_

Scolarisé  Oui  Non

Si oui :

Temps plein  Temps partiel

TPSM  PSM  MSM  AESH  Autre type de scolarisation.

Si oui : 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 sûr 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 ? (*visibilité systématique*)  Oui  Non

Respiratoire

Maladie pulmonaire chronique

oui  non

Observations sur la maladie pulmonaire chronique : \_\_\_\_\_

Bronchiolite \_\_\_\_\_  oui  non

Nombre d'épisodes : \_\_\_\_\_

Asthme \_\_\_\_\_  oui  non

Si oui, asthme équilibré  oui  non

Thérapie

O2 en continu

O2 en discontinu

Corticothérapie

Bêta-2 stimulants

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 : \_\_\_\_\_

Tension artérielle : \_\_ \_\_ (2 cases à 2 chiffres)

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

### Alimentation-

Prend plaisir à s'alimenter (*visibilité systématique*)

Repas partagé en famille (*visibilité systématique*)

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 ...)

Difficultés modérées (petit appétit ; refuse le brossage des dents ; réflexe nauséux exacerbé ; grignotage intempestif ; refus nouveaux aliments ...)

Difficultés importantes et quotidiennes (fausse route et/ou toux ; n'accepte que du lisse ; réflexe nauséux massif ; refus cuillère ; temps de repas > 30 mn ; grande sélectivité alimentaire inhabituelle pour l'âge, refuse de toucher les aliments, refuse les morceaux, a une aversion pour les aliments d'une certaine couleur, bavage, ne met pas les doigts en bouche ; gastrostomie, sonde naso-gastrique)

Langage \_\_\_\_\_

normal  anormal

Si normal , afficher : « Dit des phrases de 3 mots (sujet, verbe et objet). Utilise son prénom ou le « je » quand il parle de lui. Comprend les consignes orales simples sans renforcement gestuel de l'adulte. »

Langue étrangère parlée à la maison

Si anormal :

Dit des phrases de 3 mots (sujet, verbe et objet)  oui  non

Utilise son prénom ou le « je » quand il parle de lui  oui  non

Comprend consigne orale simple (sans renforcement gestuel de l'adulte)  oui  non

Peut nommer 3 couleurs  oui  non

Compte 2 objets  oui  non

Raconte spontanément ce qui lui est arrivé en termes simples  oui  non

Pose des questions  oui  non

Connait son prénom  oui  non

Sait s'il est une fille ou un garçon  oui  non

Peut dire son âge  oui  non

- Désigne 8 parties de son corps  oui  non
- Comprend quelques notions spatiales (haut/ bas ; devant/derrière ; dedans/ dessus...)  oui  non
- Compare 2 objets (plus grand/plus petit)  oui  non
- Est compris par autres personnes que sa famille  oui  non
- Stagnation ou régression du langage  oui  non

## Domaine neurosensoriel

### Visage \_\_\_\_\_

- Imite certains bruits de bouches, souffle, fait un bisou, tire la langue  oui  non  
(visibilité systématique)

### 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 »

Si non :

- 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

- Test de la voix chuchotée\*  oui  non

Si oui, résultats Normal  Anormal  Douteux

\* Ajouter avec ? : « La réalisation se fait à environ 40 cm, en se cachant les lèvres, à voix chuchotée (équivalent à 30dB) : s'assurer dans un premier temps, à voix normale, que l'enfant comprend la consigne. Phase de test : demander à l'enfant en chuchotant "montre-moi... » et observer son pointage. Lui faire répéter les mots si possible. »

### 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

### Sensory Baby Test

- oui  non

- Si oui, résultats  Normaux  Anormaux  Douteux
- Si anormal ou douteux, côté  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  normale  anormale

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 (cases à cocher multiple)

- Strabisme ou reflet cornéen décentré
- Nystagmus
- Leucocorie
- Pas d'exploration par le regard
- Plafonnement, errance du regard, fixation instable
- Hypersensibilité à la lumière
- Ne supporte pas l'occlusion oculaire (test à réaliser sans toucher le visage : privilégier utilisation de lunettes à écran)
- Asymétrie du globe oculaire
- Exophtalmie
- Larmolement clair
- Vision de loin anormale et/ou asymétrique entre les 2 yeux
- Anomalie au test de Lang (vision des reliefs)

Poursuite visuelle d'une cible horizontale (180 °), verticale et circulaire en ∞

- Facile
- Discontinue
- Absente

Se cogne, tombe souvent, butte sur les obstacles  Oui  Non

Nécessité de tourner ou incliner la tête pour pouvoir suivre l'objet complètement ou le manipuler  Oui  Non

Consultation ophtalmologique avec bilan orthoptique  Oui  Non  
Si oui, résultats Normaux  Anormaux   
Si anormal,  Oui  Non  
Suspicion de cécité  Oui  Non

Troubles de la réfraction

Oui  Non

- Si oui,  Myopie  
 Hypermétropie  
 Astigmatisme

Correction optique

Oui  Non

Si oui :

Bien supportée

Oui  Non

Traitement en cours par occlusion

Oui  Non

Commentaire : \_\_\_\_\_

## Domaine affectif et socialisation

normal  anormal

Exposition aux écrans (Point de vigilance pour sensibiliser la famille)  Oui  Non   
(visibilité systématique)

### Socialisation \_\_\_\_

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

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

Difficultés de socialisation, si coché :

Prend plaisir à jouer avec des enfants de son âge  Oui  Non

Parvient à participer à une activité à deux ou à plusieurs  Oui  Non

Sait prendre son tour dans un jeu à plusieurs  Oui  Non

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

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

Mouvements répétitifs stéréotypés  Oui  Non

Exploration ou utilisation étrange des objets  Oui  Non

Bonnes interactions  Oui  Non

Intérêts restreints  Oui  Non

Comprend la plaisanterie  Oui  Non

Comprend les émotions et celles des autres (joyeux, triste)  Oui  Non

Connait quelques comptines  Oui  Non

Jeux de faire semblant  Oui  Non

Peut jouer seul  Oui  Non

S'habille et se déshabille seul (en partie)  Oui  Non

Participe à la toilette  Oui  Non

Mange seul (boit au verre, mange à la cuillère) Oui  Non   
Propreté diurne acquise Oui  Non

### Régulation émotionnelle et comportement

Absence de problèmes de régulation émotionnelle et de comportement  
 Difficultés régulation émotionnelle et de comportement, *si coché* :

Intolérance exagérée au changement de l'environnement Oui  Non   
Colères violentes, répétées et inconsolables Oui  Non   
Pleure souvent et difficile à consoler ou peu expressif Oui  Non   
Hyperactivité motrice incontrôlable (se met en danger) Oui  Non   
Hyperactivité motrice incontrôlable (mais ne se met pas en danger) Oui  Non   
Trop sage, pas de sourire et/ou silencieux Oui  Non   
Comportement adapté au cours de la consultation Oui  Non   
Tolère la séparation Oui  Non   
En situation d'inquiétude, se tourne vers ses parents Oui  Non   
Commence à exprimer ses besoins et émotions par des mots Oui  Non   
Oppositions, colères adaptées Oui  Non

### Capacités attentionnelles

Absence de problèmes de capacités attentionnelles  
 Difficultés de capacités attentionnelles, *si coché* :

Peut écouter une histoire en groupe pendant 10 à 15 mn Oui  Non   
Peut effectuer un jeu (construction) avec un de ses parents Oui  Non   
Attention très labile, abandonne vite, interrompt les autres, impulsivité Oui  Non

### Sommeil \_\_\_\_\_

Pas de problème ou petites difficultés facilement résolues  
 Difficultés moyennes demandant une implication particulière des parents (difficultés d'endormissement, réveils nocturnes, ronflements constants, cauchemars)  
 Troubles durables et quotidiens (endormissement très long > 30 minutes, 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) : \_\_\_\_\_ (visibilité systématique)

Qualité de la marche (visibilité systématique)

- normale (autonome, fluide et à reculons avec un bon déroulé du pas)  
 anormale (pointe des pieds, fauchage, sautillante, ataxique...)

*Si domaine neuromoteur anormal, ouvrir uniquement paralysie cérébrale dans un premier temps*

### Paralysie cérébrale

- Non ; *si non, ouvrir items Motricité Globale, motricité spontanée, membres supérieurs, membres inférieurs, axe corporel, reflexes rotuliens, motricité fine-cognition*
- Oui ; *si oui, ouvrir grade et tableau clinique (ajouter lien vers [H61 | Paralysie Cérébrale \(PC\) : définition, prévalence et étiologie - Fiches Conseils - Professionnel de santé et le handicap \(handiconnect.fr\)](#)) et ne pas ouvrir Motricité Globale, motricité spontanée ...*

### Grade selon classification GMFCS

- Grade 1
- Grade 2
- Grade 3
- Grade 4
- Grade 5

### Tableau clinique

- Hypotonie
- Diplégie
- Quadriplégie
- Hémiplégie
- Mouvements anormaux

### Motricité globale

Pas de problème de motricité globale (marche normale, monte les escaliers seul en alternant les pieds (avec la rampe), saute d'une marche)

Difficultés de motricité globale, *si coché :*

Monte les escaliers seul en alternant les pieds (avec la rampe)

Oui  Non

Saute d'une marche

Oui  Non

Saute à pieds joints

Oui  Non

Shoote dans un ballon (après démonstration)

Oui  Non

Court avec des mouvements coordonnés des bras

Oui  Non

Tient sur un pied (au moins 1 seconde)

Oui  Non

Fait du tricycle, trottinette ou draisienne

Oui  Non

Chutes fréquentes

Oui  Non

Symétrie dans les appuis et transitions de posture

Oui  Non

### Membres supérieurs

- Tonus normal
- Asymétrie ; si oui, coté hypertonique de l'asymétrie
  - Droite  Gauche
- Hypertonie ; si oui, type d'hypertonie

- Bilatérale  Unilatérale
- Hypotonie ; si oui, type d'hypotonie
  - Bilatérale  Unilatérale
- Spasticité ; si oui, type de spasticité
  - Bilatérale  Unilatérale

### Membres inférieurs

- Tonus normal
- Asymétrie ; si oui, coté hypertonique de l'asymétrie
  - Droite  Gauche
- Hypertonie ; si oui, type d'hypertonie
  - Bilatérale  Unilatérale
- Hypotonie ; si oui, type d'hypotonie
  - Bilatérale  Unilatérale
- Spasticité ; si oui, type d'hypotonie
  - Bilatérale  Unilatérale

Pieds en équin \_

Oui  Non

Si oui Equin – Côté :  Droite  Gauche

Si oui Equin – Latéralité :  Bilatérale  Unilatérale

### 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

Si normal, afficher : «Empile huit cubes (à partir d'un modèle), enfile seul un vêtement (bonnet, pantalon, tee-shirt), copie un cercle à partir d'un modèle visuel »

Sinon,

Empile huit cubes (à partir d'un modèle)

Oui  Non

Enfile seul un vêtement (bonnet, pantalon, tee-shirt)

Oui  Non

Copie un cercle à partir d'un modèle visuel

Oui  Non

- Encastre des formes géométriques simples (rond, carré, triangle) Oui  Non
- Fait un pont de 3 cubes Oui  Non
- Prise du crayon pouce index majeur Oui  Non
- Dessin bonhomme (têtard) Oui  Non
- Praxies idéomotrices sur imitation : paumes de mains ; poings fermés Oui  Non
- Utilise les 2 mains en alternance avec une bonne coopération bimanuelle Oui  Non
- Si non, côté pathologique :  Droite  Gauche

## SYNTHESE DE LA CONSULTATION

### Développement global de l'enfant

ASQ (score questionnaire parental. Noter le score total devant chaque domaine et le score total)

Communication : \_\_\_\_\_

Motricité globale : \_\_\_\_\_

Motricité fine : \_\_\_\_\_

Résolution de problème : \_\_\_\_\_

Socialisation : \_\_\_\_\_

Score total : \_\_\_\_\_

L'enfant va bien, sera revu à 4 ans

L'examen met en évidence ou suspecte des difficultés, une stagnation ou une régression dans un ou plusieurs domaines ; je souhaite le revoir pour une consultation intermédiaire entre 3 et 4 ans.

- |   |                                 |                                  |
|---|---------------------------------|----------------------------------|
| 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 : \_\_\_\_\_

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

## ORIENTATION A L'ISSUE DE L'EXAMEN

OUI  NON

### Soins prescrits

- Ergothérapeute
- Kinésithérapeute
- Orthoptiste
- Orthophoniste
- Psychomotricien
- Psychologue

### 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

*Si une des 4 cases cochées, ouvrir :*

Demande AESH  Oui  Non

### Aides sociales

- AJPP
- ALD

Démarche  Initiée  En cours  Acceptée  Refusée

**Critères PCO**