



Dossier de suivi

Examen de 9 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 sûr 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, n'accepte pas autre chose que du lait, refus de la cuillère
- Trouble bucco-facial (fausse route, toux, fuite de lait par la commissure des lèvres) ; tétées ou repas > 30 min ; irritabilité tactile ; met ses doigts en bouche ; gastrostomie, sonde nasogastrique

Langage normal anormal

- | | | |
|----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Réagit à son prénom | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Babillage et mots dissyllabiques | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Comprend le non | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

Domaine neurosensoriel

Audition normal anormal

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

- | | | |
|--------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Réagit à la voix / au hochet | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| S'oriente à la voix facilement | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

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

Consultation recommandée à 9 mois

Signes oculaires

- Strabisme ou reflet pupillaire excentré
- Nystagmus
- Indifférent à l'entourage
- Plafonnement, errance du regard
- Hypersensibilité à la lumière

Poursuite visuelle horizontale (180 °) et verticale

- Facile
- Discontinue
- Absent

Consultation ophtalmologique demandée Oui Non

Consultation ophtalmologique réalisée Oui Non

FO fait _____ Oui Non

Rétinopathie Oui Non

Cécité (suspicion) Oui Non

Troubles de la réfraction Oui Non

Si oui,

- Astigmatie
- Myopie
- Hypermétropie

Correction optique Oui Non

Commentaire : _____

Domaine affectif et socialisation

normal

anormal

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

Sollicite le regard de l'autre, Initie la relation, relance les interactions, interactions prolongées et ajustées, tend les bras pour être pris, interagit avec sa mère

Interagit après sollicitations insistantes ; jamais à l'initiative de l'interaction ; suit préférentiellement les objets ; soins corporels du quotidien mal supportés ; n'aime pas être pris dans les bras

Absence d'interaction (Evitement, se détourne) ; fuite du regard ; pas de regard pendant la tétée ; hypo ou hyper réactivité à des stimuli sensoriels : tactile, visuelle (se focalise sur un objet ou sur la lumière), auditive, olfactive ; mouvements répétitifs stéréotypés

Être vigilant si l'enfant met les objets en bouche sans les regarder ou s'il n'explore l'objet qu'en le portant à la bouche ou en y recherchant que l'intérêt sensoriel

Retrait relationnel

Echelle M-ADDB (5 items, 0 à 2, seuil=2)

Score Total = Saisir nombre/10

Uniquement si médecin formé

Score >seuil

Socialisation ___

Début d'attention conjointe*

Oui Non

Participe au jeu coucou caché

Oui Non

* capacité de l'enfant à partager un événement avec l'autre, à attirer son attention vers une personne, un objet dans le but d'obtenir un regard conjoint, avec conscience du partage de l'information

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

Domaine neuromoteur

normal anormal

Activité motrice spontanée

- Bon enchaînement moteur
- Mouvements peu fluides, stéréotypés, saccadés ; motricité pauvre, peu variée
- Mouvements absents, asymétrie de mouvements entre les 2 hémicorps

Côté pathologique Droit Gauche

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)

Membres supérieurs

Motricité globale

- | | |
|--|---|
| Station assise stable | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Joue avec ses pieds, jonction mains pieds et pieds bouche | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Retournement ventre/dos | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Retournement dos/ ventre | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Se met assis seul | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Déplacement _____ | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Rampe (avec dissociation des ceintures) | 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"/> |
| 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 | 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"/> |
| Utilise ses deux mains sans préférence | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> 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,
 - Coté hypertonique Droite Gauche
- Hypertonie (excès de tonus postérieur)
- Hypotonie
- Tonus normal

Motricité fine-cognition

normal anormal

- | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|
| Préhension volontaire acquise et précise (Cherche l'objet du regard et l'attrape) | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Frappe 2 objets entre eux | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Cherche l'objet caché | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Opposition pouce index | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Ouverture des mains et mouvements déliés des doigts | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |
| Passage de l'objet d'une main à l'autre | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> |

SYNTHESE DE LA CONSULTATION A 9 MOIS AC

- L'enfant va bien, sera revu à 12 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 A 9 MOIS AC 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

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