

Examen spécifique 18 mois AC

(Tampon du médecin)

Fiche patient / biométries			
Nom :	Prénom :	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Date de naissance :
Examen réalisé par :		Libéral <input type="checkbox"/> Hospitalier <input type="checkbox"/> CAMSP <input type="checkbox"/> PMI <input type="checkbox"/>	
Age gestationnel : SA	Date d'examen :	Age réel :	Age corrigé :
Poids :	Taille :	PC :	

Famille / lieu de vie / alimentation			
Lieu de vie : Domicile <input type="checkbox"/> Hospitalisation <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (préciser) :			
Numéros de téléphone actuels		Père :	Mère :
Situation familiale : Couple <input type="checkbox"/> Parent isolé <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (préciser) :		Fratrie : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> (Si oui, préciser rang) : /	
Mode de garde : Crèche <input type="checkbox"/> Assistante maternelle <input type="checkbox"/> Nourrice à domicile <input type="checkbox"/> Parents <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (préciser) :			
Allaitement : Maternel <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Artificiel <input type="checkbox"/>		Texture : Mixé fin <input type="checkbox"/> Petits morceaux <input type="checkbox"/> Gros morceaux <input type="checkbox"/>	
Trouble de l'oralité : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		Appétit : Normal <input type="checkbox"/> Médiocre <input type="checkbox"/> Important <input type="checkbox"/> Sélectif <input type="checkbox"/>	

Pathologies observées Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> (si oui, préciser) :			
Maladie pulmonaire chronique : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> (si oui, préciser) :	O ₂ <input type="checkbox"/> Traitement <input type="checkbox"/> Bronchiolite <input type="checkbox"/>	Maladie digestive chronique : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> (si oui, préciser) :	RGO traité <input type="checkbox"/> Gastrostomie <input type="checkbox"/> Difficultés alimentaires <input type="checkbox"/>
Autre pathologie chronique Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> (si oui, préciser) :			Ig anti VRS : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>

Examens et dépistages sensoriels			
Bilan auditif entre 12 et 15 mois : Non fait <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> A contrôler <input type="checkbox"/> (Si anormal ou à contrôler, préciser) :		D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Bilatéral <input type="checkbox"/>	
Poursuite visuelle : Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> (Si anormale, préciser) :		Obtention : Facile <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Limitation : Aucune <input type="checkbox"/> Bilatérale <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>	
Bilan visuel : Non fait <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> (Si anormal, préciser) :		Strabisme <input type="checkbox"/> Myopie <input type="checkbox"/> Hypermétropie <input type="checkbox"/> Astigmatisme <input type="checkbox"/> Amblyopie <input type="checkbox"/> Lunettes <input type="checkbox"/> Nystagmus <input type="checkbox"/>	

Examen neurodéveloppemental	
(le questionnaire parental est en annexe à la fin de cet examen)	
M-CHAT-R™ : score questionnaire parental (nombre de cases grisées) :	
<input type="checkbox"/> 0-2 : risque faible <input type="checkbox"/> 3-7 : risque moyen → surveillance et réévaluation par test de suivi <input type="checkbox"/> ≥ 8 : risque élevé → avis pédopsychiatrique	
CLAMS, nombre d'alertes 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Alertes CLAMS 18 mois : Obéit à un ordre simple sans geste - Utilise « papa », « maman » de manière appropriée - 5 mots
Comportement : Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> (si anormal, préciser) :	Endormissement facile : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Réveils nocturnes : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Participation à l'examen : Normale <input type="checkbox"/> Difficile <input type="checkbox"/> S'oppose : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>

Développement moteur : Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> <i>(si anormal, préciser) :</i>	Motricité : Symétrique <input type="checkbox"/> Préférence D <input type="checkbox"/> Préférence G <input type="checkbox"/> Station assise stable : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Station debout sans appui : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Se lève en prenant appui sur un objet : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Marche avec appui : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Marche sans appui : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Récupère un objet posé par terre : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Opposition pouce-index : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Cognition : Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> <i>(si anormale, préciser) :</i>	Remplit la boîte : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Tourne les pages d'un livre, regarde les images : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Fait une tour de 2 cubes : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Gribouille des formes pointues : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Sait à quoi servent les objets usuels : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Joue à « faire semblant » : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>
Forme du crâne : Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> <i>(si anormale, préciser) :</i>	Plagiocéphalie postérieure <input type="checkbox"/> Plagiocéphalie D <input type="checkbox"/> Plagiocéphalie G <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> , préciser
Tonus : Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> <i>(si anormal, préciser) :</i>	Tonus axial : Normal <input type="checkbox"/> Hypotonie axiale <input type="checkbox"/> Hypertonie axiale <input type="checkbox"/> Tonus périphérique : Normal <input type="checkbox"/> Hypotonie périphérique <input type="checkbox"/> Hypertonie périphérique <input type="checkbox"/> Asymétrique : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Si oui, préciser le côté hypertonique : D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/>
ROT et RCP : Normaux <input type="checkbox"/> Anormaux <input type="checkbox"/> <i>(Si anormaux, à préciser) :</i>	ROT : Normaux <input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/> Vifs <input type="checkbox"/> Asymétriques, plus vifs à G <input type="checkbox"/> Asymétriques, plus vifs à D <input type="checkbox"/> RCP : En flexion bilatérale <input type="checkbox"/> En extension bilatérale <input type="checkbox"/> En extension à G <input type="checkbox"/> En extension à D <input type="checkbox"/>
Score neuromoteur : 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	0 - Normal 1 - Anomalie modérée du tonus <u>ou</u> des réflexes 2 - Anomalie modérée du tonus <u>et</u> des réflexes 3 - Anomalie du tonus et/ou des réflexes avec diminution de la force musculaire du tronc et des extrémités 4 - Anomalie motrice +/- atteinte des nerfs crâniens 5 - Tétraparésie spastique
Paraclinique : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> <i>(si oui, préciser) :</i>	
Prise en charge à prévoir : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> <i>(Si oui, préciser) :</i>	Kinésithérapie <input type="checkbox"/> Psychomotricité <input type="checkbox"/> CAMSP <input type="checkbox"/> Psychologie <input type="checkbox"/> Orthoptie <input type="checkbox"/> Orthophonie <input type="checkbox"/> Autre prise en charge <input type="checkbox"/> , <i>(préciser) :</i>
Consultation de recours demandée : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> <i>(Si oui, préciser) :</i>	Ophtalmogïe <input type="checkbox"/> ORL <input type="checkbox"/> Pneumopédiatrie <input type="checkbox"/> Neuropédiatrie / MPR <input type="checkbox"/> Gastropédiatrie <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> <i>(préciser)</i>

Cette page est à détacher pour pouvoir être remplie par les parents au cours de la consultation. Le score correspond au nombre de cases grisées.

Répondez à ces questions sur votre enfant en ayant à l'esprit la façon dont il se comporte habituellement.

M-CHAT-R™ (interrogatoire parental)		Oui	Non
1	Si vous pointez du doigt quelque chose de l'autre côté de la pièce, est-ce que votre enfant le regarde ? Par exemple, si vous pointez du doigt un jouet ou un animal, est-ce que votre enfant le regarde ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Vous êtes-vous déjà demandé si votre enfant pouvait être sourd ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Est-ce que votre enfant joue à faire semblant ? Par exemple : boire dans une tasse vide ? Parler au téléphone ? Faire manger une poupée ou une peluche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Est-ce que votre enfant aime grimper sur des choses (meubles, jeux d'extérieur, marches d'escalier ...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Est-ce que votre enfant fait des gestes inhabituels avec ses doigts devant ses yeux ? Par exemple : est-ce que votre enfant agite ses doigts près de ses yeux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Est-ce que votre enfant pointe du doigt pour demander quelque chose ou pour avoir de l'aide ? Par exemple : pointer du doigt un gâteau ou un objet hors de sa portée ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Est-ce que votre enfant pointe du doigt pour montrer quelque chose d'intéressant ? Par exemple : un avion dans le ciel ou un gros camion sur la route ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Est-ce que votre enfant s'intéresse aux autres enfants ? Par exemple : est-ce qu'il les regarde ? leur sourit ? Va vers eux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Est-ce que votre enfant vous montre les choses en vous les amenant ou en les tenant en l'air pour que vous les voyiez, pas pour obtenir de l'aide mais juste pour partager ? Par exemple : vous montrer une fleur, une peluche, une petite voiture ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Est-ce que votre enfant répond quand vous l'appellez par son nom ? Par exemple : est-ce qu'il regarde, parle, gazouille ou arrête ce qu'il est en train de faire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Quand vous lui souriez, est-ce qu'il sourit en retour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Est-ce que les bruits du quotidien perturbent votre enfant ? Par exemple : est-ce que votre enfant crie ou pleure en entendant l'aspirateur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Est-ce que votre enfant marche ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Est-ce que votre enfant vous regarde dans les yeux lorsque vous lui parlez ou vous jouez avec lui ou vous l'habillez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Est-ce que votre enfant essaie d'imiter ce que vous faites ? Par exemple : faire un signe de la main pour dire au-revoir ou taper dans les mains ou faire un bruit rigolo ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Si vous tournez la tête pour regarder quelque chose, est-ce que votre enfant regarde autour de lui pour voir ce que vous regardez ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Est-ce que votre enfant essaie d'attirer votre attention ? Par exemple : est-ce qu'il vous regarde pour avoir une félicitation ou dit « regarde » ou regarde-moi » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Est-ce que votre enfant comprend quand vous lui demandez de faire quelque chose ? Par exemple : sans que vous pointiez du doigt, est-ce qu'il comprend « Mets le livre sur la chaise » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Si quelque chose de nouveau arrive, est-ce que votre enfant regarde votre visage pour voir comment vous réagissez ? Par exemple : s'il entend un bruit étrange ou rigolo ? S'il voit un nouveau jouet ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Est-ce que votre enfant aime les activités de mouvement ? Par exemple : être balancé ou sauter sur vos genoux ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>