

(Tampon du médecin)

Examen spécifique 3 mois AC

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 :	Autre :
Situation familiale : Couple <input type="checkbox"/> Parent isolé <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> (préciser) :	Fratricie : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> (Si oui, préciser rang) : /		
Posturage : Mousse <input type="checkbox"/> Cocon <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/>	Allaitement : Maternel <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Artificiel <input type="checkbox"/>	Diversification : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
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) :			

Pathologies observées Non Oui (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

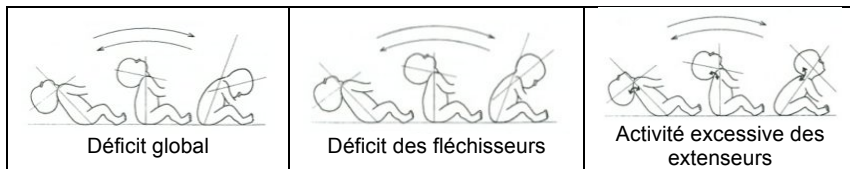
Bilan auditif : Non fait <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> A contrôler <input type="checkbox"/> (Si anormal ou à contrôler, préciser) :	D <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> Bilatéral <input type="checkbox"/>		
Fond d'œil : Non fait <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> (Si anormal, à préciser) :	ROP D <input type="checkbox"/> Stade 1 <input type="checkbox"/> Stade 2 <input type="checkbox"/> Stade 3 <input type="checkbox"/> Stade 4a <input type="checkbox"/> Stade 4b <input type="checkbox"/> Stade 5 <input type="checkbox"/> Etat + <input type="checkbox"/>	ROP G <input type="checkbox"/> Stade 1 <input type="checkbox"/> Stade 2 <input type="checkbox"/> Stade 3 <input type="checkbox"/> Stade 4a <input type="checkbox"/> Stade 4b <input type="checkbox"/> Stade 5 <input type="checkbox"/> Etat + <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"/>	

Examen neurodéveloppemental

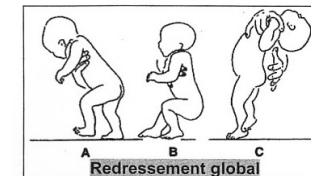
CLAMS, nombre d'alertes 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	Alertes CLAMS 3 mois : Attentif aux sons durant l'examen - Gazouillis à l'interrogatoire - Sourire réponse à l'examen		
Comportement : Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> (si anormal, préciser) :	Contact social : Normal <input type="checkbox"/> Pauvre <input type="checkbox"/> Absent <input type="checkbox"/> Pleurs : Normaux <input type="checkbox"/> Anormaux <input type="checkbox"/> Absents <input type="checkbox"/> Endormissement facile : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Réveils nocturnes : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Tolérance aux manipulations : Normale <input type="checkbox"/> Déstabilisation modérée <input type="checkbox"/> Déstabilisation sévère <input type="checkbox"/>		
Développement moteur : Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> (si anormal, préciser) :	Motricité : Symétrique <input type="checkbox"/> Préférence D <input type="checkbox"/> Préférence G <input type="checkbox"/> Activité motrice spontanée : Normale <input type="checkbox"/> Pauvre <input type="checkbox"/> Absente <input type="checkbox"/> Abduction spontanée du pouce : Normale <input type="checkbox"/> Pouce inactif <input type="checkbox"/> Pouce fixé <input type="checkbox"/> Contrôle sa tête : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Joue avec ses mains : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		
Forme du crâne : Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> (si anormale, préciser) :	Plagiocéphalie postérieure <input type="checkbox"/> Plagiocéphalie D <input type="checkbox"/> Plagiocéphalie G <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> , préciser		

Tonus : Normal Anormal (si anormal, préciser) :

Tonus axial : Normal Hypotonie axiale Hypertonie axiale



Flexion			
Extension			
	Flexion > extension	Amplitudes illimitées	Flexion < extension

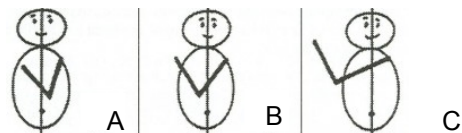


A : adéquat ; B : inexistant ; C : excessif

Tonus périphérique : Normal Hypotonie périphérique Hypertonie périphérique Asymétrique : Non Oui Si oui, préciser le côté **hypertonique** : D G

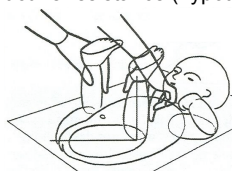
Foulard :

- A : ne dépasse pas la ligne médiane (normal)
- B : dépasse la ligne médiane (hypotonie modérée)
- C : aucune résistance (hypotonie)



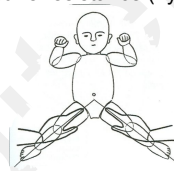
Angle poplité :

- $\geq 90^\circ$ (normal)
- $\leq 70^\circ$ (hypertonie)
- Aucune résistance (hypotonie)



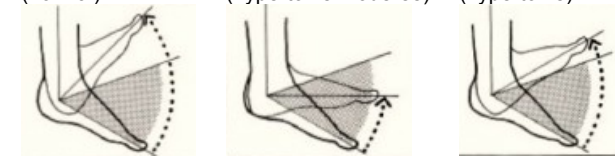
Angle des adducteurs :

- $\geq 40^\circ$ (normal)
- $\leq 30^\circ$ (hypertonie)
- Aucune résistance (hypotonie)



Dorsiflexion lente du pied :

- $\leq 80^\circ$ (normal)
- 90° - 100° (hypertonie modérée)
- $\geq 110^\circ$ (hypertonie)



Réflexes archaïques : Présents Absents

ROT et RCP : Normaux Anormaux (Si anormaux, à préciser) :

ROT :

- Normaux
- Absents
- Vifs
- Asymétriques, plus vifs à G
- Asymétriques, plus vifs à D

RCP :

- En flexion bilatérale
- En extension bilatérale
- En extension à G
- En extension à D

Score neuromoteur : 0 1 2 3 4 5

- 0 - Normal
- 1 - Anomalie modérée du tonus ou des réflexes
- 2 - Anomalie modérée du tonus et 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 Oui (si oui, préciser) :

Prise en charge à prévoir : Non Oui (Si oui, préciser) :

- Kinésithérapie Psychomotricité CAMSP Psychologie Orthoptie Orthophonie
- Autre prise en charge , (préciser) :

Consultation de recours demandée : Non Oui (Si oui, préciser) :

- Ophthalmologie ORL Pneumopédiatrie Neuropédiatrie / MPR Gastropédiatrie
- Autre (préciser) :