

Examen spécifique 3 ans

(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 lors de l'examen :	
Poids :	Taille :	PC :	TAS : TAD :
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) :		Fratrerie : 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) :			
Bilinguisme familial : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>			
Scolarisation : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> (si oui, préciser) :		Temps de scolarisation : temps plein <input type="checkbox"/> temps partiel <input type="checkbox"/> Classe : PSM <input type="checkbox"/> MSM <input type="checkbox"/> Présence d'un AVS : Non <input type="checkbox"/> Oui <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"/>		Grignotage: Non <input type="checkbox"/> Oui <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) :		Maladie digestive chronique : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> (si oui, préciser) :	
Autre pathologie 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"/>	
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"/>	
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			
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"/>	
Adaptation sociale : /8		Commence à s'habiller seul : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Lave et sèche ses mains : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Habille la poupée: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Aide à desservir la table: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
		Connaît quelques chansons: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Connaît la comptine numérique jusqu'à 10: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Propreté diurne: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Propreté nocturne: Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	

Développement moteur : Normal Anormal
(si anormal, préciser) :

Motricité : Symétrique Préférence D Préférence G

Se lève sans autre appui que le sol : Non Oui

Monte et descend les escaliers sans se tenir : Non Oui

Marche stable : Non Oui

Saute à pieds joints : Non Oui

Boit au verre : Non Oui

Tient sur un pied quelques secondes : Non Oui

Utilise la cuillère : Non Oui

Ouvre et ferme les portes : Non Oui

Motricité : Normale Anormale *(si anormale, préciser) :*

Hémi-parésie : D G non Diplégie : non oui

Hémiplégie : D G non Tétraparésie : non oui

Monoplégie membre supérieur : D G non Marche sur la pointe des pieds : non oui

Monoplégie membre inférieur : D G non Si oui, préciser : D G bilatérale

Cognition : Normale Anormale *(si anormale, préciser) :*

Sait à quoi servent les objets usuels : Non Oui

Joue à « faire semblant » : Non Oui

Fait une tour de 4 cubes : Non Oui

Retrouve un objet caché : Non Oui

Gribouille en rond : Non Oui

Fait un train de 6 cubes : Non Oui

Tonus : Normal Anormal *(si anormal, préciser) :*

Tonus axial : Normal Hypotonie axiale Hypertonie axiale

Tonus périphérique : Normal Hypotonie périphérique Hypertonie périphérique Asymétrique : Non Oui

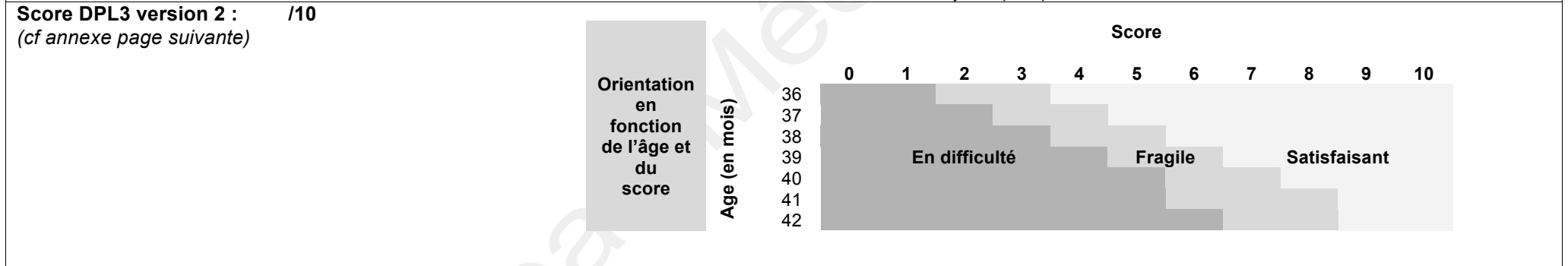
Si oui, préciser le côté hypertonique : D G

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



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)*

La passation du DPL3 version 2 nécessite un matériel spécifique, édité par la société Ortho Edition.

Il est également possible de se procurer ce matériel auprès de l'antenne marseillaise du Réseau Méditerranée : 118 Chemin de Mimet, 13015, Marseille - 04 91 92 95 21 - accueil@reseaurperinatmed.fr

DPL3 version 2 (selon le protocole Coquet et Maëtz, 2010)		Oui	Non
1	Communique spontanément avec l'adulte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Utilise spontanément le langage oral dans les activités (quand il joue ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Exprime spontanément verbalement ses sentiments, ses désirs, ses difficultés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Bonhomme têtard Tête <input type="checkbox"/> 2 yeux <input type="checkbox"/> 2 jambes <input type="checkbox"/> Bouche <input type="checkbox"/> Nez <input type="checkbox"/> 2 pieds <input type="checkbox"/> Cheveux <input type="checkbox"/> 2 oreilles <input type="checkbox"/> Ventre <input type="checkbox"/> 2 bras <input type="checkbox"/> 2 mains <input type="checkbox"/> Autre(s) <input type="checkbox"/> Score bonhomme ≥ 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Recopie un cercle fermé, sans angle ni trait droit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Nomme sur demande : Rouge <input type="checkbox"/> Bleu <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Debout <input type="checkbox"/> Couché <input type="checkbox"/> Assis <input type="checkbox"/> Devant <input type="checkbox"/> Derrière <input type="checkbox"/> En haut <input type="checkbox"/> En bas <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Menton <input type="checkbox"/> Vache <input type="checkbox"/> Cheval <input type="checkbox"/> Jupe <input type="checkbox"/> Pyjama <input type="checkbox"/> Robe <input type="checkbox"/> Pull <input type="checkbox"/> Bottes <input type="checkbox"/> Score expression ≥ 11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Désigne : Bleu <input type="checkbox"/> Vert <input type="checkbox"/> Jaune <input type="checkbox"/> Devant toi <input type="checkbox"/> Derrière toi <input type="checkbox"/> En haut <input type="checkbox"/> En bas <input type="checkbox"/> Genou <input type="checkbox"/> Menton <input type="checkbox"/> Jupe <input type="checkbox"/> Pyjama <input type="checkbox"/> Robe <input type="checkbox"/> Score désignation ≥ 8	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Comprend des ordres simples (sans geste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Phrases construites : sujet + verbe + complément, utilisation du « je » à l'occasion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Langage articulé, compréhensible par les personnes non familières	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Score DPL3 : compter le nombre de « oui »		/10	