

(Tampon du médecin)

**Examen spécifique 6 mois AC**

<b>Fiche patient / biométries</b>			
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 :	

<b>Famille / lieu de vie / alimentation</b>			
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) : /	
Allaitement : Maternel <input type="checkbox"/> Mixte <input type="checkbox"/> Artificiel <input type="checkbox"/>	Diversification : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>		Trouble de l'oralité : 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) :			

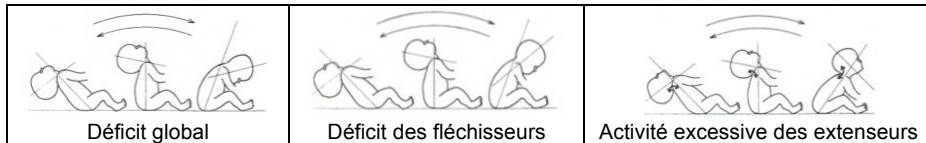
<b>Pathologies observées</b> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> (si oui, préciser) :			
Maladie pulmonaire chronique : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> (si oui, préciser) :	0 <sub>2</sub> <input type="checkbox"/> Traitement <input type="checkbox"/> Bronchiolite <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"/>		

<b>Examens et dépistages sensoriels</b>			
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"/>		
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"/>		

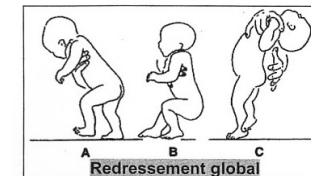
<b>Examen neurodéveloppemental</b>			
CLAMS, nombre d'alertes 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>		Alertes CLAMS 6 mois : S'oriente à la voix durant l'examen - Rit aux éclats à l'interrogatoire - Ah-gueu à l'interrogatoire	
<b>Comportement</b> : Normal <input type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/> (si anormal, préciser) :		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"/>	
<b>Développement moteur</b> : 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"/> Contrôle de la tête : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Joue avec ses mains : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Attrape ses pieds : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Attrape des objets : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Passe les objets d'une main à l'autre : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
<b>Cognition</b> : Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> (si anormale, préciser) :		Met les objets à la bouche : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Identifie les personnes connues : Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/>	
<b>Forme du crâne</b> : 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 :

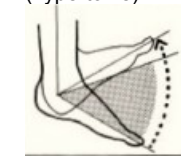
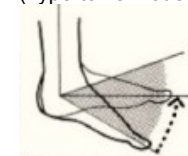
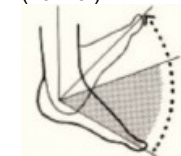
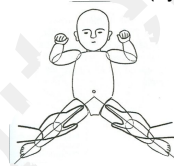
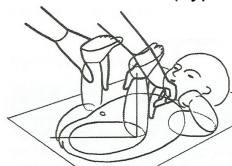
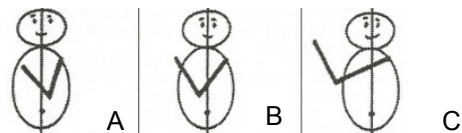
- $\geq 90^\circ$  (normal)
- $\leq 80^\circ$  (hypertonie)
- Aucune résistance (hypotonie)

Angle des adducteurs :

- $\geq 70^\circ$  (normal)
- $\leq 60^\circ$  (hypertonie)
- Aucune résistance (hypotonie)

Dorsiflexion lente du pied :

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



**Réflexes archaïques** : Persistance anormale  Disparition normale

**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) :