



GRILLE D'OBSERVATION SENSORI-MOTRICE EN VUE DE LA SORTIE

Nom : Sexe : F M

Prénom : Poids de naissance : Poids de sortie :

Date de naissance : AG :

Age réel : Age corrigé :

Observations réalisées par :

Date(s) d'observation(s) :

Conditions d'observation :.....

1. CONTEXTE ET ELEMENTS DE VULNERABILITE :

.....

2. OBSERVATIONS :

➤ Système autonome

Rythme respiratoire	Lent <input type="checkbox"/> Rapide <input type="checkbox"/> Pauses <input type="checkbox"/> Soupir <input type="checkbox"/> Régulier <input type="checkbox"/> Irrégulier <input type="checkbox"/>
Coloration	Rose <input type="checkbox"/> Ictérique <input type="checkbox"/> Pâle <input type="checkbox"/> Marbrée <input type="checkbox"/> Sombre <input type="checkbox"/> Bleue <input type="checkbox"/> Rouge <input type="checkbox"/> Uniforme <input type="checkbox"/> Localement <input type="checkbox"/> A quel endroit ?.....
Viscéral	Rejet <input type="checkbox"/> Haut-le-cœur <input type="checkbox"/> Hyper nauséux <input type="checkbox"/> Rôt <input type="checkbox"/>

➤ Motricité spontanée

Activité motrice spontanée	Sans soutien	Avec soutien
Variée, harmonieuse, fluide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pauvre, stéréotypée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brusque, saccadée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rotation de la tête du côté vers la ligne médiane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
D'un côté à l'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contact main-bouche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contact main-tête	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contact main-main	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contact main-épaule-tronc	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contact main-jambe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Contact pieds-pieds	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ouverture brusque mains	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abduction –extension brusque des membres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bras ou jambes figée(s) en extension ou en flexion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

.....

.....

.....

➤ Tonus et posture

	Hypotonie	Normal	Hypertonie
Tonus axial			
Tonus périphérique	mb inf / mb sup	mb inf / mb sup	mb inf / mb sup

Tonus : Normal Hypotonie Hypertonie

Direction préférentielle de la tête	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche
Posture escrimeur vers :	<input type="checkbox"/> Droite	<input type="checkbox"/> Gauche
Bras tendance chandelier :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Opisthotonos :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Possibilité d'enroulement	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Extension des membres	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Position en grenouille écrasée	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non

Forme du crâne		
Normale		<input type="checkbox"/>
Plagiocéphalie	Droite	<input type="checkbox"/>
	Gauche	<input type="checkbox"/>
	Postérieure	<input type="checkbox"/>

Régulation et ajustement tonique :

Position préférée dans le portage :

Adaptation tonique dans le nourrissage :

Remarque/oralité :

.....

Remarques :

.....

.....

.....

➤ Sensorialité

	Hyposensibilités	Normales	Hypersensibilités
Sollicitations tactiles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sollicitations auditives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sollicitations visuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sollicitations vestibulaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sollicitations péri orales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Remarques :

.....

.....

.....

➤ Oralité

	Observations	Commentaires
Alimentation	<input type="checkbox"/> Allaitement maternel <input type="checkbox"/> Biberon <input type="checkbox"/> Retour à domicile avec alimentation artificielle	
Qualité de la succion	<input type="checkbox"/> Pas de tétée, lèche le lait <input type="checkbox"/> Mouvements de succion isolés <input type="checkbox"/> Succions en salves courtes <input type="checkbox"/> Succions en salves longues <input type="checkbox"/> Coordination succion/déglutition/ventilation <input type="checkbox"/> Fuites labiales	
Quantité bue par rapport à la durée d'alimentation	Quantité bue : ml / min	
Régurgitations	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Traitement/épaississant :
Vomissements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Traitement/épaississant :
Tonus	<input type="checkbox"/> Hypotonique <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hypertonique	
Qualité des interactions	<input type="checkbox"/> Bonne <input type="checkbox"/> Adaptée <input type="checkbox"/> Inadaptée <input type="checkbox"/> Insuffisante	
Qualité de l'installation	<input type="checkbox"/> Adaptée <input type="checkbox"/> Inadaptée	
Hyper nauséux	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Remarques :

.....

.....

.....

➤ Relation et émotion

Expressions émotionnelles : Visage détendu Visage figé Visage crispé

Communication :

	Avec soutien	Sans soutien
Accroche visuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Début d'interaction visuelle	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Regard hypervigilant ou agrippé	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Expression de panique	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Regard dans le vague	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sourire	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pleurs	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Activité d'auto-régulation :

	Avec soutien	Sans soutien
Mains qui se joignent	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Pieds qui se touchent	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Succion des doigts	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Accrochages d'objets recherche de contact aux parois	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Comportement d'auto-renforcement : main-bouche-pied	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Signes de dystimulation :

	Avec soutien	Sans soutien
Trémulation	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bras et jambes figées en l'air	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Doigts et orteils en éventail	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Sursauts	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Hoquets	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Moro	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Bâillements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Eternuements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Geignements	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Agripement sensoriel (accrochage à des sensations pour se sentir rassemblé)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Remarques :

.....

.....

.....

CONCLUSION :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

➤ **Conseils d'installation pour :**

Les temps d'éveil :.....

Les temps de sommeil / le couchage :.....

Les temps de repas :.....

Les temps de portage :.....

Les temps des changes /du bain :.....

Prescriptions :

- Psychomotricien
- Kinésithérapeute
- Orthophoniste
- Autre :.....