

DOSSIER MÉDICAL

Nom de l'enfant : Prénom :

 Date de naissance :/...../..... Age :

Nom du Médecin :
 Adresse postale :

 Téléphone : / / / /
 Mail :
 Date de l'examen :/...../.....

ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX :

	ATCD médico-chirurgicaux	ATCD de troubles des apprentissages	Profession
Père			
Mère			
Fratric			

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS :

- **GROSSESSE** Normale : OUI NON

Si NON préciser : grossesse multiple, FIV, RCIU, MAP, infection anténatale (préciser), prise de toxique (préciser) *(texte libre)*

- **NAISSANCE** :

Accouchement : normal ou césarienne programmée voie basse dystocique

césarienne en urgence

Age gestationnel : SA (*entre 24 et 42*)

Poids : **Taille** : **PC** : **Apgar** à 1mn =/10 5mn =/10



Anoxie périnatale OUI NON

Hospitalisation en période néonatale OUI NON

Commentaire période néonatale (en particulier : Hospitalisation néonatale, pathologie maternelle dont dépression du post-partum) (*texte libre*)

○ **DÉVELOPPEMENT PRÉCOCE DANS LA 1ÈRE ANNÉE DE VIE :**

Dépression maternelle du post partum OUI NON

Difficultés d'interaction parents-enfant OUI NON

Sourire réponse OUI NON

Contact visuel OUI NON

Répond à son prénom OUI NON

Difficultés d'alimentation OUI NON

Difficultés de sommeil OUI NON

○ **ANTÉCÉDENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX DE L'ENFANT :**

Problèmes ORL (auditifs) OUI NON

Problèmes visuels OUI NON

ATCD chirurgicaux OUI NON

Hospitalisations (hors période néonatale) OUI NON

ATCD médicaux OUI NON

Si OUI à une de ces questions préciser (*texte libre*) :
(En particulier : date et motif d'hospitalisation, type de problème médical)

Traitement médicamenteux au long cours OUI NON
(*En cours ou antérieurs*)

Si OUI préciser (DCI, posologie, durée)



DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR ET ACQUISITIONS : (âge en année et mois)

Tenue de tête (<i>âge corrigé si naissance <37SA</i>)	<input type="checkbox"/> OUI (âge) :	<input type="checkbox"/> NON
Marche autonome (<i>âge corrigé si naissance <37SA</i>)	<input type="checkbox"/> OUI (âge) :	<input type="checkbox"/> NON
Vélo sans roulettes	<input type="checkbox"/> OUI (âge) :	<input type="checkbox"/> NON
Premiers mots	<input type="checkbox"/> OUI (âge) :	<input type="checkbox"/> NON
Association de mots	<input type="checkbox"/> OUI (âge) :	<input type="checkbox"/> NON
Propreté diurne	<input type="checkbox"/> OUI (âge) :	<input type="checkbox"/> NON
Propreté nocturne	<input type="checkbox"/> OUI (âge) :	<input type="checkbox"/> NON
Puzzles	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Jeux de construction (kaplas, légos)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Jeux d'imitation	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

EXAMEN SENSORIEL :

VISION :

De loin OD = OG =

De près OD = OG =

Vision du relief normale OUI NON

Test utilisé :

Test utilisé :

Test utilisé :

AUDITION normale : OUI NON

Test utilisé :

Audiométrie totale Audiométrie vocale Voix chuchotée Examen ORL récent

EXAMEN SOMATIQUE :

Poids : Taille : PC :

PRÉSENCE DE PARTICULARITES MORPHOLOGIQUES : OUI NON

Si OUI, préciser [CRANE (*microcéphalie, macrocéphalie, anomalie de forme*) VISAGE, MEMBRES, RACHIS (*Anomalie de la statique vertébrale (scoliose, cyphose, hyperlordose, etc...)*), Signes de dysgraphie (*touffe de poils, fossette sacro coccygienne, etc....*)], LIGNE MEDIANE (*luette bifide, hernie ombilicale, etc....*)] (texte libre) :

EXAMEN SOMATIQUE GENERAL (*cardioPulmonaire, orl, abdominal....*) :

NORMAL PATHOLOGIQUE



La solidarité en action

Si PATHOLOGIQUE préciser (cardiaque, pulmonaire, dentition, hypertrophie amygdalienne, hépatomégalie, splénomégalie, hyperlaxité ligamentaire, anomalie des organes génitaux externes) (*texte libre*) :

EXAMEN CUTANÉ : NORMAL PATHOLOGIQUE

Si PATHOLOGIQUE préciser (Anomalie de pigmentation et /ou d'élasticité, taches café au lait, taches achromiques, lentigines, neurofibromes, ...) (*texte libre*) :

EXAMEN DU NEURODÉVELOPPEMENT :

○ **LANGAGE ORAL :**

Expression	<input type="checkbox"/> NORMALE	<input type="checkbox"/> PATHOLOGIQUE
Compréhension des consignes	<input type="checkbox"/> NORMALE	<input type="checkbox"/> PATHOLOGIQUE

○ **COMMUNICATION :**

Réponse-sourire	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Pointage du doigt	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Attention conjointe partagée	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Jeux de faire-semblant	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Intéactions avec les parents et avec les autres enfants	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Adaptation à la collectivité et à l'école	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Respect des règles de vie en groupe	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
A des amis	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Contact visuel	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> DIFFICILE/INTERMITTENT

○ **MOTRICITÉ GLOBALE :**

Marche, course	<input type="checkbox"/> NORMALE	<input type="checkbox"/> PATHOLOGIQUE
Marche sur une ligne	<input type="checkbox"/> NORMALE	<input type="checkbox"/> IMPOSSIBLE
Marche sur les talons / sur les pointes de pied	<input type="checkbox"/> NORMALE	<input type="checkbox"/> IMPOSSIBLE
Equilibre bipodal	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> IMPOSSIBLE
Equilibre monopodal	<input type="checkbox"/> NORMAL	<input type="checkbox"/> IMPOSSIBLE
Saut cloche pied (au moins d'1 côté)	<input type="checkbox"/> REUSSI	<input type="checkbox"/> ECHOUE
Accroupi, se relève	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

○ **COORDINATION FINE ET PRAXIES :**

Graphisme, découpage, faire ses lacets, se coiffer, s'habiller, couper sa viande....

NORMAL ANORMAL



○ **ATTENTION, CONCENTRATION :**

- Fait des fautes d'étourderie OUI NON
- A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux OUI NON
- Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement OUI NON
- Ne se conforme pas aux consignes OUI NON
- Evite les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu OUI NON
- Perd souvent ses objets OUI NON
- Se laisse facilement distraire par des stimuli externes OUI NON
- A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux OUI NON
- Court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié OUI NON
- Parle trop OUI NON

○ **SENSORIALITÉ :**

- Est gêné par des vêtements particuliers, des textures alimentaires particulières OUI NON
- Est gêné ou recherche des odeurs particulières, des bruits forts, des lumières fortes OUI NON
- Intérêts restreints OUI NON
- Stéréotypies (mouvements répétitifs) OUI NON

○ **TONUS :** NORMAL ANORMAL

- **RÉFLEXES OSTEO TENDINEUX :** POSITIFS NÉGATIFS
- SYMÉTRIQUES ASYMÉTRIQUES

COMPORTEMENT PENDANT L'EXAMEN :

Normal OUI NON

Si NON, préciser : tics, bégaiement, difficultés de contact oculaire, trouble du contact, opposition, colères, ... (texte libre) :

CONCLUSION et appréciations particulières si besoin :

Quelles hypothèses diagnostiques faites-vous ?

Quelles préconisations envisageriez-vous ?



- Serez-vous le médecin référent de l'enfant ? OUI NON
- Les parents sont d'accord pour que la Plateforme soit sollicitée OUI NON
- Si des bilans et interventions précoces sont nécessaires :
- Les parents accepteraient une prise en charge institutionnelle OUI NON
 - Les parents accepteraient une prise en charge libérale OUI NON

Signature – Tampon du médecin

A transmettre à la Plateforme de Coordination et d'Orientation