

Fiche de Suivi Médical à 4 mois d'âge corrigé

Date de la consultation :



IDENTIFICATION DE L'ENFANT

NOM :

Prénom (premier prénom uniquement) :

Date de naissance : Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Adresse : Téléphone :

IDENTIFICATION MEDECIN PILOTE

NOM du Médecin Pilote choisi :

Adresse : Téléphone :

Préciser si le médecin pilote est : ☐ Hospitalier ☐ Libéral ☐ PMI ☐ CAMSP ☐ AUTRE :

MODE DE GARDE

- ☐ Père ou mère au foyer ☐ Assistante maternelle ou nourrice
☐ Autre personne à domicile ou accueil à domicile d'un proche ☐ Crèche collective
☐ Autre:

SANTE GENERALE DE L'ENFANT

EVOLUTION GENERALE (Inscrire le score pour chaque rubrique)

1: évolution satisfaisante OU problèmes communs entravant peu ou pas la qualité de vie

2: évolution à suivre de près OU problèmes ayant un impact modéré sur la qualité de vie

3: évolution justifiant une prise en charge particulière/un avis spécialisé OU problèmes ayant un impact sévère sur la qualité de vie

Croissance	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	Problèmes respiratoires	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Digestif /alimentation	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	Autres problèmes de santé	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

CROISSANCE

Scores 1 (2DS et +2DS)

2 (-2DS et +3DS)

3 (<3ds)

4(>/=+2DS)

Poids naissance : kg

Score Poids : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Taille : cm

Score Taille : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

PC cm

Score PC : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Déviati on standard :

Déviati on standard :

Déviati on standard :

Commentaires :

.....

.....

.....

FAITS MARQUANTS DEPUIS LA SORTIE DE NEONATOLOGIE

Ré-hospitalisation depuis la naissance : ☐ oui ☐ Non

Renseignez les dates, lieux et motifs d'hospitalisation

Date d'entrée	Date de sortie	Lieux d'hospitalisation	Motifs (cf liste ci-dessous)

1: Malaise

2: Bronchiolite

3: Asthme

4: Autre pathologie dyspnéisante

5: Pneumopathie

6: Gastro-entérite

7: Infection urinaire

8: Autre infection

9: Traumatisme

10: Accident domestique

11: Cure hernie

12: Autre intervention chirurgicale

13: Exploration programmée

14: Surveillance thérapeutique

15: Autre:

IRM récupéré : ☐ Oui ☐ Non

Commentaires :

Autres faits marquants depuis la naissance :

ASPECTS SENSORIELS

VISION

Comportement visuel de l'enfant :

☐ **Normal** : bonne fixation, bonne poursuite oculaire, pas de strabisme

☐ **Pathologique/douteux** : nécessitant une consultation spécialisée (**bilan orthoptiste 1ere intention**)

Exploration sensorielle depuis la sortie : ☐ Non ☐ Oui

Fo contrôle fait : ☐ Non ☐ Oui

Si oui date exacte :

Œil droit : ☐ Normal ☐ A contrôler

Œil gauche : ☐ Normal ☐ A contrôler

Précisez :

AUDITION

Test auditif contrôle fait : ☐ Non ☐ Oui

Si oui méthode utilisée : ☐ OEA ☐ PEEA

Oreille gauche : ☐ Normal ☐ A contrôler

Oreille droite : ☐ Normal ☐ A contrôler

Précisez :

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR, COGNITIF ET RELATIONNEL

Conditions d'examen : enfant coopérant ☐ Non ☐ Oui

NEURO - MOTEUR

Score neuromoteur : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Score 1	• Gesticulation riche, symétrique Tonus : • Mise en position ventrale, redresses sa tête à 90°, prend appui sur les avants bras Tenue de tête parfaite, angles pop 90° - 120°, Add 70-110 • Ouvre les mains en regardant l'objet, ébauche préhension palmaire (au contact)
Score 2 Bilan psychomoteur	• Bonnes acquisitions posturales mais asymétrie de tonus (fléchisseur/extenseur) ou asymétrie des angles • Motricité pauvre
Score 3 Bilan Psychomoteur +/- Bilan Kiné	• Hypotonie axiale, pas de redressement • Hypotonie franche des membres avec retentissement sur les acquisition posturales

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

INTERACTIONS /RELATION :

Score relationnel : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Score 1	• Répond aux sollicitations et sollicite activement • Bon contact oculaire : regarde les objets et les visages autour de lui • Sourire réponse • Si agité, se laisse facilement apaiser
Score 2 Bilan psychomoteur	• Répond aux sollicitations mais ne sollicite pas • S'intéresse aux objets et aux visages sur sollicitations (mais non spontanément) • Si agité, long à apaiser
Score 3 Bilan psychomoteur	• Répond peu ou pas aux sollicitations, pas d'interactivité • Absence de sourire réponse • Irritabilité, difficile à gérer (inconsolable)

Commentaires :

VIE QUOTIDIENNE / COMPORTEMENT

ALIMENTATION

Allaitement : ☐ Oui exclusif ☐ Oui, partiel ☐ Non

Succion réflexe : coordination succion – déglutition et/ou respiration : ☐ Normal ☐ Perturbé (**Bilan Orthophoniste + ORL**)

Trouble de la motricité bucco-faciale (bavage important, fausses routes...) : ☐ Non ☐ Oui (**Bilan Orthophoniste + ORL**)

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

APPRECIATION GLOBALE DES PARENTS

Perception des parents sur la qualité de vie familiale face aux problèmes éventuels de leur enfant.

Score : Score relationnel : ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

Score 1	• Tout va pour le mieux (si problèmes : bien acceptés et bien gérés)
Score 2	• Contraintes modérées/inquiétudes occasionnelles ayant globalement peu d'impact sur l'équilibre familiale
Score 3	• Inquiétude et contraintes importantes • Impact notable sur la famille
Score 4	• Impact très lourd, ayant totalement bouleversé la famille

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

CONCLUSION DECISIONNELLE SUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Consultation(s) spécialisée(s) nécessaire(s) : ☐ Oui ☐ Non (Si oui cocher le tableau)

	Demandé le	Effectué le
Neuropédiatre		
Médecin de rééducation fonctionnelle		
Pédopsychiatre		
Psychologue		
Évaluation multidisciplinaire (suivi CAMSP)		
Ophtalmologue		
ORL		
Autre :		

Bilan(s) complémentaire(s) nécessaire(s) : ☐ Oui ☐ Non (Si oui cochez et complétez le tableau)

Rééducation et soins nécessaire(s) : ☐ Oui ☐ Non (Si oui cochez et complétez le tableau)

	BILAN	REEDUC/SOINS	Demandé le	Débuté le	Achevé le
Kinésithérapie motrice	☐	☐			
Psychomotricité	☐	☐			
Orthophonie	☐	☐			
Orthoptie	☐	☐			
Ergothérapie	☐	☐			
Psychothérapie	☐	☐			
Éducation spécialisée	☐	☐			
Soin orthopédique ou appareillage	☐	☐			
Tests psychométriques	☐	☐			
Soins multidisciplinaires : Précisez la structure	☐	☐			
Autre : Précisez la structure	☐	☐			

COUVERTURE SOCIALE

Aides sociales et allocations nécessaires : ☐ Oui ☐ Non (Si oui cocher le tableau)

	Fait	Non Fait	Ne sait pas	
Prise en charge à 100%	☐	☐	☐	Demandé le :
Allocation journalière de présence parentale	☐	☐	☐	Demandé le :
AEEH	☐	☐	☐	Demandé le :
CMU	☐	☐	☐	Demandé le :
AME	☐	☐	☐	Demandé le :
Autre, précisez	☐	☐	☐	Demandé le :

	Sollicité le	Acquis le	Ne sais pas
Dossier MDPH ☐	Date:	Date:	☐

CONCLUSION ET POINTS A SURVEILLER

Date :

Nom du médecin ayant effectué la consultation : Docteur

Tampon et Signature du médecin :

PROCHAIN RDV suivi 12 mois d'AC :

Copie à retourner au Réseau Périnat Guyane à l'adresse suivante : secretariat-rsev@reseauperinatguyane.fr

Enregistrer le fichier sous : 4MOISAC.NOM.PRENOM (DE L'ENFANT) en format PDF