

# 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

## 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		PROBLEMES RESPIRATOIRES	
DIGESTIF / ALIMENTATION		AUTRES PROBLEMES DE SANTE	

Commentaires: .....

## CROISSANCE

Poids naissance: .....kg Déviation standard: ..... Score Poids: |\_|\_|

Taille : .....cm Déviation standard: ..... Score Taille: |\_|\_|

PC : ..... cm Déviation standard: ..... Score PC : |\_|\_|

Scores: 1: [-2DS et +2DS] 2: [-2DS et -3 DS] 3: [< -3DS] 4: [ >= +2 DS]

Commentaires: .....

.....

## FAITS MARQUANTS DEPUIS LA SORTIE DE NEONATOLOGIE

Ré-hospitalisation depuis la naissance:  Non  Oui

Renseignez les dates, lieux et motifs d'hospitalisation:

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

1: Malaise

6: Gastro-entérite

11: Cure hernie

2: Bronchiolite

7: Infection urinaire

12: Autre intervention chirurgicale

3: Asthme

8: Autre infection

13: Exploration programmée

4: Autre pathologie dyspnéisante

9: Traumatisme

14: Surveillance thérapeutique

5: Pneumopathie

10: Accident domestique

15: Autre: .....

IRM récupérée:  Non  Oui

Commentaires: .....

Autres faits marquants depuis la naissance:

.....  
.....  
.....

## ASPECTS SENSORIELS

### VISION

Comportement visuel de l'enfant: ..... |\_\_|

1: Normal: bonne fixation, bonne poursuite oculaire, pas de strabisme

2: 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 examen: |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_| / |\_\_|\_|\_|\_|\_|

Œil gauche: |\_\_|

Œil droit: |\_\_|

1: Normaux

2: A contrôler

Précisez: .....

### AUDITION

Test auditif contrôle fait:  Non

Oui

Si oui méthode utilisée:  OEA

PEAA

Oreille gauche: |\_\_|

Oreille droite: |\_\_|

1: Normaux

2: A contrôler

Précisez: .....

## DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR, COGNITIF ET RELATIONNEL

Condition d'examen: enfant coopérant:  Non  Oui

### NEURO-MOTEUR:

Score neuro-moteur.....|\_|

Score 1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Gesticulation riche, symétrique</li><li>• Tonus: - Mise en position ventrale, redresse sa tête à 90°, prend appui sur avant bras - Tenue de tête parfaite, angles pop 90°-120°, Add 70-110.</li><li>• Ouvre les mains en regardant l'objet, ébauche préhension palmaire (au contact)</li></ul>
Score 2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Bonnes acquisitions posturales mais asymétrie de tonus (fléchisseur/extenseur) ou asymétrie des angles</li></ul>
Bilan Psychomoteur	<ul style="list-style-type: none"><li>• Motricité pauvre</li></ul>
Score 3	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hypotonie axiale, pas de redressement</li></ul>
Bilan Psychomoteur +/- Bilan kiné	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hypertonie franche des membres avec retentissement sur les acquisitions posturales</li></ul>

Commentaires: .....  
.....

### INTERACTIONS / RELATION:

Score

Score 1	<ul style="list-style-type: none"><li>• Répond aux sollicitations et sollicite activement</li><li>• Bon contact oculaire: regarde les objets et les visages autour de lui</li><li>• Sourire réponse</li><li>• Si agité, se laisse facilement apaiser</li></ul>	re-
Score 2	<ul style="list-style-type: none"><li>• Répond aux sollicitation mais ne sollicite pas</li><li>• S'intéresse aux objets et aux visages sur sollicitation (mais non spontanément)</li><li>• Si agité, long à apaiser</li></ul>	
Bilan Psychomoteur		
Score 3	<ul style="list-style-type: none"><li>• Répond peu ou pas aux sollicitations, pas d'interactivité</li><li>• Absence de sourire réponse</li><li>• Irritabilité, difficile à gérer (inconsolable)</li></ul>	
Bilan Psychomoteur		

relationnel .....|\_|

## VIE QUOTIDIENNE / COMPORTEMENT

### ALIMENTATION

Allaitement:  Oui exclusif  Oui partiel  Non

Succion réflexe / coordination succion-déglutition et/ou respiration:  Normale  Perturbée (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 suite aux problèmes éventuels de leur enfant. Score:.....|\_\_|

Score 1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tout va pour le mieux (si problèmes: bien acceptés et bien gérés)</li> </ul>
Score 2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contraintes modérées/inquiétudes occasionnelles ayant globalement peu d'impact sur l'équilibre familiale</li> </ul>
Score 3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inquiétude et contraintes importantes</li> <li>• Impact notable sur la famille</li> </ul>
Score 4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Impact très lourd, ayant totalement bouleversé la famille</li> </ul>

Commentaires: .....

.....

## CONCLUSION DECISIONNELLE SUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Consultation(s) spécialisée(s) nécessaire(s):  Non  Oui (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):  Non  Oui Rééducation et soins nécessaire(s):  Non  Oui (Si oui cocher)

	BILAN	REEDUC/SOINS	Demandé le	Débuté le	Achévé le
Kinésithérapie motrice					
Psychomotricité					
Orthophonie					
Orthoptie					
Ergothérapie					
Psychothérapie					
Éducation spécialisée					
Soin orthopédique ou appareillage					
Tests psychométriques					
Soins multidisciplinaires: précisez structure.....					
Autre: .....					

## COUVERTURE SOCIALE

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

	FAIT	Non Fait	Ne Sais Pas	
<input type="checkbox"/> PRISE EN CHARGE à 100%	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demandé le: .....
<input type="checkbox"/> Allocation journalière présence parentale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demandé le: .....
<input type="checkbox"/> AEEH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demandé le: .....
<input type="checkbox"/> CMU	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demandé le: .....
<input type="checkbox"/> AME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Demandé le: .....
<input type="checkbox"/> Autre, précisez : .....				

	Sollicité le	Acquis le	Ne sais pas
Dossier MDPH			

## CONCLUSION ET POINTS A SURVEILLER

Date et Signature médecin ayant effectué la consultation: (copie à retourner au Réseau Périnat Guyane)

PROCHAIN RDV suivi 12 mois d'AC : |\_|\_| / |\_|\_| / |\_|\_|\_|\_|