

Fiche de Suivi Médical à 2 ans 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

Ré-hospitalisation depuis la dernière consultation : Non Oui

Nombre: |_|_|

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:

Autres faits marquants depuis la dernière visite réseau:

.....

.....

CROISSANCE

Poids :kg

Déviati on standard:

Score Poids: |__|

Taille :cm

Déviati on standard:

Score Taille: |__|

PC : cm

Déviati on standard:

Score PC : |__|

Scores: 1: [-2DS et +2DS]

2: [-2DS et -3 DS]

3: [< -3DS]

4: [>= +2 DS]

IMC poids/ (taille cm/100)² : |__|__| , |__|__|

|__|__| , |__|__| p

Score IMC: |__|

Score: 1: normal et stable

2: < 97ème p mais rebond d'adiposité (>1 couloir en 1 an)

3: obésité > 97ème p

4: insuffisance pondérale (< 3ème p)

Commentaires:

APPAREIL RESPIRATOIRE

Score respiratoire : |__|

Score 1	• Aucun problème
Score2	• Bronchites / bronchiolites occasionnelles peu sévères (maxi 2)
Score 3	• Bronchites / bronchiolites répétées (≥ 3) et/ou sévères ou wheezing fréquent
Score 4	• Oxygénothérapie ou trachéotomie / hospitalisations multiples pour problèmes respiratoires

Traitement de fond: Non Oui: Précisez:

Commentaires:

AUTRES PROBLEMES DE SANTE : Cochez parmi la liste la ou les pathologies rencontrées:

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ORL | <input type="checkbox"/> Orthopédique | <input type="checkbox"/> Allergo |
| <input type="checkbox"/> Digestif / alimentaire | <input type="checkbox"/> Endocrino | <input type="checkbox"/> Convulsion fébrile |
| <input type="checkbox"/> Cardio | <input type="checkbox"/> Malaises | <input type="checkbox"/> Dermato |
| <input type="checkbox"/> Uro-néphro | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Autre |

Préciser les différents problèmes posés:

Score global pour ces autres problèmes de santé : |__|

Score 1	• Aucun problème
Score2	• Problèmes occasionnels facilement résolus
Score 3	• Problèmes répétitifs ou non encore résolus
Score 4	• Problèmes gênant la vie quotidienne ou nécessitant plusieurs hospitalisations

Commentaires:

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR, COGNITIF ET RELATIONNEL

Conditions d'examen: enfant coopérant Non Oui

MOTRICITE GLOBALE

Score motricité globale : |__|

Score 1	<ul style="list-style-type: none">• Marche fluide• Absence de déficit moteur d'un membre• Monte et descend les escaliers debout	<ul style="list-style-type: none">• Court• Saute sur les 2 pieds• Shooote dans un ballon
Score 2 Bilan Kiné	<ul style="list-style-type: none">• Marche restant hésitante• Chute non protégée	<ul style="list-style-type: none">• Monte quelques marche mais ne descend pas• Déficit moteur d'un membre
Score 3 Bilan Kiné	<ul style="list-style-type: none">• Diplégie ou hémiplegie spastique• Tient assis• Spasticité ou dystonie• Démarche anormale, avec équin dynamique ; ou marche assistée	
Score 4 PEC Psychomoteur +/- bilan Kiné	<ul style="list-style-type: none">• Quadriplégie spastique• Ne tient pas assis	<ul style="list-style-type: none">• Pas de marche même assistée• Préhension pathologique

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

Préciser: (cocher la situation correspondante à 2ans)

Marche autonome : Non Oui Age d'acquisition de l'âge de la marche autonome (mois) |__|__|

Si non : Marche avec aide Absence de marche

DIAGNOSTIC MOTEUR

Difficultés motrices: Non Oui, suspectées Oui, certaines Non renseigné

Déficit moteur spastique: Non Oui

Localisation: Unilatérale Bilatérale
 Membre supérieur gauche Membre supérieur droit
 Membre inférieur gauche Membre inférieur droit

Anomalie de l'axe: Non Oui Hypertonie Hypotonie

Commentaire sur le développement moteur (préciser le diagnostique, les éventuelles aides techniques et traitements orthopédiques):
.....

Difficultés motricité fine ou coordination : Non Oui

Précisez:

SCORE MOTRICITE FINE ET COORDINATION OCULO-MANUELLE (cet item explore l'aspect cognitif des manipulations)

Score motricité fine / coordination |__|

Score 1	<ul style="list-style-type: none"> • Préhension et manipulation fine aisée • Utilise correctement la cuillère pour manger • Emboîte et encastre avec réflexion et application • Empile 3 cubes • Bonne coordination bi manuelle (ex: tient le petit flocon d'une main pour introduire la pastille et visser le bouchon) • Gribouille en portant intérêt aux traces laissées, voire commence à imiter un trait orienté • Commence à se déshabiller et s'habiller (veut faire seul) • Renverse pour vider
Score 2	<ul style="list-style-type: none"> • Préhension fine normale mais manipulation plus grossière • Utilise la cuillère mais renverse souvent • Encastrements aléatoires • Gribouille sans porter d'intérêt aux traces laissées, pas d'imitation • Dépose un cube sur la tour mais ne construit pas lui-même
Score 3	<ul style="list-style-type: none"> • Préhension grossière mais avec intentionnalité • Saisit sa cuillère (mais ne parvient pas à manger seul) • Non intéressé par les encastrements • Intéressé par la tour mais ne dépose pas un cube • Remet dans la boîte • Intéressé par les jeux de cause à effet (ex: presse un bouton pour voir l'effet)
Score 4 PEC Psychomoteur	<ul style="list-style-type: none"> • Préhension grossière mais sans intentionnalité • Absence d'intérêt pour les jeux de cause à effet • Activités très stéréotypées: vide, jette, tape

Commentaires:

.....

LANGAGE

Score langage: |__|

Score 1	<ul style="list-style-type: none"> • Dit plus de 50 mots • Associe 2 mots (hors mots-phrases type « il est là ») • Très bonne compréhension verbale • Dénomme au moins 3 objets / images parmi un choix • Désigne beaucoup d'images
Score 2	<ul style="list-style-type: none"> • Dit environ 20 mots • Prosodie adaptée • Bonne compréhension verbale: peut désigner 1 objet / 1 image parmi un choix • Très bonne compréhension contextuelle (va chercher, apport, mets, enlève, ouvre...) en consultation
Score 3 Bilan ortho-phoniste	<ul style="list-style-type: none"> • Dit au moins 5 mots • Compréhension contextuelle limitée aux actions du quotidien • Compréhension contextuelle en consultation limitée aux actions simples (donne, assieds-toi, debout...) • Regarde les objets courants cités (ballon, chaussures...) mais ne désigne pas (sauf parties du visage/ du corps)
Score 4 Bilan ortho-phoniste	<ul style="list-style-type: none"> • Pas de mot (sauf « mmm » ou équivalent pour maman, papa) • Compréhension contextuelle observée seulement par les parents sur quelques actions très ritualisées du quotidien • Pas de compréhension contextuelle observée en consultation

Commentaires langage:

INTERACTIONS / RELATION

Score relationnel: |__|

Score 1	<ul style="list-style-type: none">• Répond facilement aux sollicitations d'interaction et d'attention conjointe• Maintient l'interaction• Initie lui-même l'interaction• Répond à son prénom• Communication non verbale riche• Mimique riche, adressée• Imitations facilement observées
Score 2	<ul style="list-style-type: none">• Répond aux sollicitations mais ne maintient pas l'interaction, poursuit le jeu en solo• Initie peu l'interaction• Comportement plus « indépendant » ne cherche pas trop le contact physique• Communication non verbale pauvre; mimique pauvre mais adressée• Peu d'imitations
Score 3 PEC Psychomoteur	<ul style="list-style-type: none">• Répond difficilement aux sollicitations• N'initie pas l'interaction ou seulement en cas de détresse• Si semble initier (ex apporte un jouet), est en fait indifférent à la réponse de son interlocuteur• Pas d'imitation• Absence de mimique ou mimique figée; rires/sourires non adressés• Explore l'environnement, déambule, mais ne s'intéresse pas aux personnes
Score 4 PEC Psychomoteur	<ul style="list-style-type: none">• Aucune réponse aux sollicitations d'interaction• Ne regarde pas les visages ou regard « passe muraille »• Activités solitaires et stéréotypées, déconnectées de l'environnement• Absence de communication non verbale• Pseudo surdité (ne réagit pas aux bruits forts)

Commentaires:

SYNTHESE SUR LE DEVELOPPEMENT COGNITIF ET DES INTERACTIONS

Suspicion de trouble cognitif quand il existe une anomalie sur les scores motricités fine/coordinations (sans anomalie sur la motricité globale), communications interactions, langage, résolution de problème.

Difficultés/anomalies de langage oral: Non Oui, légères Oui, sévères Non renseigné

Difficultés/anomalies cognitives: Non Oui, suspectées Oui, certaines Non renseigné

Autisme ou troubles du spectre autistique: Non Oui Non renseigné

Score M'CHAT: |__|__| / 23

VIE QUOTIDIENNE / COMPORTEMENT

SOMMEIL

Score sommeil : |__|

Score 1	<ul style="list-style-type: none">• Pas de problème en général (ou petites difficultés très occasionnelles)• S'endort facilement et dort très bien en général
Score 2	<ul style="list-style-type: none">• Difficultés d'endormissement ou de réveil occasionnelles et/ou facilement résolues
Score 3	<ul style="list-style-type: none">• Difficultés fréquentes demandant une implication particulière des parents pour gérer le problème
Score 4	<ul style="list-style-type: none">• Difficultés importantes: préoccupation quotidienne à la limite du tolérable pour les parents

Commentaires:

.....

.....

ALIMENTATION

Score alimentation : |__|

Score 1	<ul style="list-style-type: none">• Pas de problème en général• Mange bien en général• Peu ou pas de sélectivité
Score 2	<ul style="list-style-type: none">• Difficultés aux repas occasionnelles et/ou facilement résolues• Refus de certains aliments
Score 3	<ul style="list-style-type: none">• Difficultés fréquentes demandant une implication particulière des parents pour gérer le problème• Difficulté lors du passage à la diversification• Refuse encore les morceaux
Score 4	<ul style="list-style-type: none">• Difficultés importantes: préoccupation quotidienne à la limite du tolérable pour les parents• Nutrition entérale par sonde naso-gastrique ou gastrostomie

Commentaires:

.....

.....

Trouble de la motricité bucco-faciale: (bavage important, fausses routes, protrusion linguale, déglutition atypique...)

Non Oui (Bilan Orthophoniste + ORL)

Mastication: Correcte Lente ou Douloureuse Absente

Commentaires:

.....

.....

COMPORTEMENT

Score comportement psycho-affectif |__|

Tenir compte à la fois du rapport des parents et du comportement observé en consultation.

Cet item explore le bien-être psycho-affectif des enfants (manifestations d'agressivité, de frustration, d'angoisse, opposition, provocation: agitation, inhibition, colère...) Il est à distinguer de l'item « relationnel » vu au chapitre interactions/relations

Score 1	<ul style="list-style-type: none">• Pas de problème en général (ou petites difficultés très occasionnelles)• Enfant de bonne humeur et très « facile » en général
Score 2	<ul style="list-style-type: none">• Difficultés occasionnelles et/ou facilement résolues
Score 3	<ul style="list-style-type: none">• Difficultés fréquentes demandant une implication particulière des parents pour gérer le problème
Score 4	<ul style="list-style-type: none">• Difficultés importantes: préoccupation quotidienne à la limite du tolérable pour les parents

Commentaires:

Précisions si difficultés dans le comportement psycho-affectif (score ≥ 2) : cochez le type de trouble:

- Domaine inhibition/anxiété
- Domaine opposition/provocation
- Domaine hyper kinésie/difficultés attentionnelles

Autres problèmes comportementaux ou psychologiques: Non Oui

Décrire:

AUTRES ASPECTS

Contrôle des sphincters: propreté diurne: Non Oui

ASPECTS SENSORIELS

VISION

Vision: Sans particularité Suspecte port de lunettes

Bilan orthoptique: Non Oui

Résultat(s)

Trouble neurovisuel: Non Oui, avéré Oui, suspect Non renseigné

(Altération du champ visuel attentionnel, mauvaise coordination oculo-manuelle, trouble de coordination du regard, strabisme *neurologique*...)

Score visuel (selon bilan orthoptique): |__|

Si score ≥ 2 , précisez: Œil droit Œil gauche

Commentaires:

AUDITION

Audition: Sans particularité Suspecte

Examen de l'audition par un ORL : Non Oui

Si surdité préciser : Unilatérale droite Unilatérale gauche Bilatérale

Résultat(s)

.....

.....

Score auditif (selon bilan 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">• Tout va pour le mieux (si problèmes: bien accept�es et bien g�er�es)
Score 2	<ul style="list-style-type: none">• Contraintes modérées/inquiétudes occasionnelles ayant globalement peu d'impact sur l'équilibre familiale
Score 3	<ul style="list-style-type: none">• Inquiétude et contraintes importantes• Impact notable sur la famille
Score 4	<ul style="list-style-type: none">• Impact très lourd, ayant totalement boulevers�e la famille

Commentaires:

.....

.....

CONCLUSION DECISIONNELLE SUR LE DEVELOPPEMENT DE L'ENFANT

Consultation(s) sp ecialis e(s) nécessaire(s): Non Oui (Si oui cocher le tableau)

	Demandé le	Effectu�e le
Neuropédiatre		
Médecin de rééducation fonctionnelle		
Pédopsychiatre		
Psychologue		
�valuation multidisciplinaire (suivi CAMSP)		
Ophtalmologue		
ORL		
Autre:		

Bilan(s) complémentaire(s) nécessaire(s): Non Oui (Si oui cocher le tableau)

Rééducation et soins nécessaire(s): Non Oui (Si oui cocher le tableau)

	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 Périnatal Guyane)*

PROCHAIN RDV suivi 3 ans d'AR : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|