

Fiche de Suivi Médical à 1 an 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 : |__|

Traitement de fond: Non Oui: Précisez:

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

Commentaires:

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

ORL

Orthopédique

Allergo

Digestif / alimentaire

Endocrino

Convulsion fébrile

Cardio

Malaises

Dermato

Uro-néphro

Epilepsie

Autre

Préciser en clair les différents problèmes posés:

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

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

Commentaires:

DEVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR, COGNITIF ET RELATIONNEL

Conditions d'examen: enfant coopérant Non Oui

MOTRICITE

Acquisition de la marche Non Oui Si oui, a marché seul vers |__|__| (mois en âge corrigé)

Score moteur: |__|

Score 1	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de déficit moteur d'un membre (obligatoire si score 1) • Se met assis seul • Assis bien stable avec de bonnes réactions parachute • Se met debout en passant bien par le chevalier servant • Marche en appui ou seul, déplacements aisés et rapides (ex: quatre pattes) • Oriente correctement la main pour une approche adaptée dans l'espace et directe de l'objet
Score 2	<ul style="list-style-type: none"> • Ne se met pas assis seul mais mis assis: tient bien • A trouvé un mode de déplacement (ébauche la position petit lapin) • Petit retard des acquisitions mais pas d'anomalie du tonus à l'examen • Approche moins adaptée de l'objet mais bon délié des doigts
Score 3 Bilan kiné	<ul style="list-style-type: none"> • Mis assis: tient un moment, cyphose • réaction parachute insuffisantes • Déplacements limités ou difficiles: retournements, ramper et/ou hypertonie distale des membres inférieurs ou déficit unilatéral, et/ou préhension enraidie • Mauvais délié des doigts
Score 4 PEC Psychomoteur et/ou kiné	<ul style="list-style-type: none"> • Grande hypotonie axiale • Pas de déplacement: ne rampe pas • Diplégie sévère ou quadriplégie manifeste • Préhension difficile, absence de délié des doigts

Commentaires:
.....

COGNITIF

Score cognitif: |__|

Score 1	<ul style="list-style-type: none"> • Pince pouce index • Explore attentivement les objets et porte peu à la bouche • Recherche le jouet caché ostensiblement • Commence à remettre la pastille dans le bocal ou les cubes dans la boîte • Comprends les ordres, les interdictions • Pointe du doigts • Apparition des 1er mots (papa, maman...)
Score 2	<ul style="list-style-type: none"> • Activité exploratrice moins élaborée, porte encore beaucoup à la bouche • Vide les boîtes et jette • Fait bravo et/ou aurevoir • Signe d'anticipation (signe du manteau) • Dévisage l'étranger • Double les monosyllabes
Score 3 Bilan Orthophoniste	<ul style="list-style-type: none"> • Peu d'explorations (porte à la bouche et jette) • Ne différencie pas l'étranger • Pas d'anticipation des situations; compréhension limitée • Pas de duplication des syllabes dans le babillage • Pas de pointage
Score 4 PEC Psychomoteur + Bilan orthophoniste	<ul style="list-style-type: none"> • Manipulations absentes ou stéréotypées • Contact médiocre à mauvais • Indifférent à l'environnement • Pas de babillage

Commentaires:
.....

INTERACTIONS / RELATION

Score relationnel: |__|

Score 1	<ul style="list-style-type: none">• Répond facilement aux sollicitations d'interaction et d'attention conjointe (obligatoire pour score 1)• Maintient l'interaction (obligation pour le score 1)• Initie lui-même l'interaction• Communication non verbale riche• Imitations facilement observées	<ul style="list-style-type: none">• Répond à son prénom• Mimique riche, adressée
Score 2	<ul style="list-style-type: none">• Répond aux sollicitations mais ne maintient l'interaction, poursuit le jeu en solo (obligatoire score 2)• Initie peu l'interaction (obligatoire pour le score 2)• Comportement plus « indépendant » - ne cherche pas trop le contact physique• Communication non verbale pauvre; mimique pauvre mais adressée• Peu d'imitations• Bébé trop calme et trop sérieux ou au contraire agité	
Score 3 Bilan ortho- phoniste	<ul style="list-style-type: none">• Répond difficilement aux sollicitations (obligatoire score 3)• N'initie pas l'interaction ou seulement en cas de détresse (obligatoire score 3)• 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 Psychomo- teur	<ul style="list-style-type: none">• Aucune réponse aux sollicitations d'interaction (obligatoire pour score 4)• 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:
.....

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 (Si trouble de la motricité bucco-faciale: *Bilan orthophoniste + ORL*)

Trouble de la motricité bucco-faciale (bavage important, fausses routes, protrusion linguale persistante...): Non Oui

Diversification des saveurs: Sucré et Salé Refus des nouvelles saveurs (*Bilan Orthophoniste*)

Diversifications des textures: Solide/Mou Mixé/lisse Liquide uniquement (*Bilan orthophoniste*)

Mouvements masticatoire: Présents Absents (*Bilan Orthophoniste*)

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/reactions

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:

.....

.....

Autres problèmes comportementaux ou psychologiques: Non Oui

Décrire:

.....

.....

ASPECTS SENSORIELS

VISION

Vision : Sans particularité Suspecte Port de lunettes

Bilan orthoptique réalisé : Non Oui

Résultats:

.....

.....

Trouble neurovisuel: Non Oui Suspect Ne sais pas

(altération du champ visuel attentionnel, mauvaise coordination oculo-manuelle, trouble de coordination du regard, strabisme « neurologique »...)

Score visuel (selon bilan orthoptique): |__|

AUDITION

Audition: Sans particularité Suspecte

Examen de l'audition réalisé par un ORL: Non Oui

Si surdité préciser: Unilatérale droite Unilatérale gauche Bilatérale

Résultats:

.....

.....

Score auditif (selon bilan ORL): |__|

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 acceptés et bien gérés)
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 bouleversé la famille

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

	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 2 ans d'AC : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|