

Examen systématique 24 mois

Nom du médecin : N° de Fiche :
N° d'inscription au Conseil de l'ordre : / Date de l'examen : - -
Nom de l'enfant : Prénom :
Date de naissance de l'enfant : - - Sexe : M F Age (mois) :

Antécédents

Contexte périnatal à risque Non Oui
Anomalies repérées à l'examen des 9 mois Non Oui
Problèmes de santé depuis l'examen de 9 mois Non Oui
→ Si oui, lesquels :

Traitement en cours Non Oui
Vaccinations à jour Oui Non
Hospitalisation(s) depuis l'examen de 9 mois Non Oui
→ Si oui, nombre :
→ Motif (s) hospitalisation :

Conditions de vie

Evènements familiaux depuis l'examen de 9 mois Non Oui
→ Si oui, lesquels :

Enfant amené par le père la mère les deux parents Autre :

Composition de la famille :

Habitat : individuel collectif nb de pièces : nb d'occupants :
Risque de saturnisme Non Oui

Dans la journée, l'enfant reste chez lui et est gardé par

- Ses parents
- Une employée à domicile
- Un autre membre de la famille
- Autre :

Dans la journée, l'enfant est accueilli en dehors de chez lui

- Chez une assistante maternelle
- Dans une crèche collective
- Un autre membre de la famille
- Dans une halte garderie
- Autre :

Changement du mode d'accueil :

Oui Non → Si oui, nombre de changements : Pourquoi ?

Temps journalier passé devant la télévision : h mn
Télévision pendant le repas Oui Non

Activité actuelle de la mère ou dernière profession exercée :

Activité actuelle du père ou dernière profession exercée :

Alimentation

Alimentation équilibrée Oui Non
Apport de produits lactés spécifiques Oui Non
Reçoit de la vitamine D Oui Non
Reçoit du fluor Oui Non
Prend un biberon la nuit Non Oui
Erreurs alimentaires Non Oui
Repas conflictuel Non Oui

Nom de l'enfant :

Prénom :

Sommeil

S'endort avec difficulté	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Se réveille la nuit	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Cosleeping (sommeil partagé)	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Sieste dans la journée	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>
Reçoit des médicaments pour s'endormir	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>

Audition

Trouble de l'audition déjà détecté	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
→ Si oui, lequel			
→ Prise en charge spécialisée	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	
Facteurs de risque	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Signes d'appel	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Antécédents d'otites	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Examen des tympans	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Sensory Baby Test			
Droite	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Gauche	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Si doute, test de la voix chuchotée			
Droite	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Gauche	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Tympanométrie - Impédancemétrie			
Droite	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Gauche	Normale <input type="checkbox"/>	Anormale <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>

Vision

Facteurs de risque	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Signes d'appel	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	
Examen morphologique de l'œil	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Reflet pupillaire	Centré <input type="checkbox"/>	Décentré <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Réflexe photomoteur	Symétrique <input type="checkbox"/>	Asymétrique <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Poursuite oculaire	Normal <input type="checkbox"/>	Anormal <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Nystagmus	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Test des lunettes à secteur			
Déviations strabiques	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Signe de la toupie	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Test des lunettes à écran			
Réaction de défense à l'occlusion	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Déviations strabiques	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>

Langage - Expression - Comportement social

Mange seul	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>		
Est propre de jour	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>		
Dit au moins 10 mots	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>		
Nomme au moins une image	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>		
Associe deux mots	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>		
Montre les parties du corps	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>		
Comprend une consigne simple	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>		
Pointe du doigt	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>		
Joue à faire semblant	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>		
Comportement	Adapté <input type="checkbox"/>	Inhibé <input type="checkbox"/>	Agité <input type="checkbox"/>	Agressif <input type="checkbox"/>	Fuyant <input type="checkbox"/>

Nom de l'enfant : Prénom :

Motricité fine et globale

Motricité fine

Préhension du crayon pouce index	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Gribouille	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Sort puis rentre la pastille dans le flacon	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Fait une tour de 5 cubes	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Lance une balle à la main	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>

Motricité globale

Marche acquise	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
→ Age d'acquisition <input type="text"/> <input type="text"/> mois			
Marche	Normale <input type="checkbox"/>	Pointe des pieds <input type="checkbox"/>	Asymétrique <input type="checkbox"/>
Se relève de la position assise	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Monte les escaliers sans appui, sans aide	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>
Shoote dans une balle	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>

Examen médical

Poids (kg) : (DS) Taille : (DS) PC (cm): (DS)
 IMC : Surcharge pondérale

Reporter ces données aux abaqués du carnet de santé pour préciser l'évolution des courbes de croissance.

Synthèse des anomalies détectées au cours de l'examen

Alimentation	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
Sommeil	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
ORL	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
OPH	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
Neurologique	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
Ostéo-articulaire	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
Cardio-vasculaire	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
Pulmonaire	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
Abdominale	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
Cutanée	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
Buccale/dentaire	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
OGE	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>
Orifices herniaires	Non <input type="checkbox"/>	Oui <input type="checkbox"/>	Doute <input type="checkbox"/>	Demande d'avis <input type="checkbox"/>	Surveillance <input type="checkbox"/>

Précisez anomalies repérées

.....

Conclusions

Difficultés de l'examen Coter de 1- Très facile à 5- Très difficile

Durée de l'examen (en mn)

Nom de l'enfant : Prénom :

Avez-vous prévu de revoir cet enfant en surveillance

Oui

Non

→ Si oui, dans quel délai : mois

Date de la consultation de surveillance :

Conclusion de cette consultation :

Une consultation médicale spécialisée a-t-elle été demandée ?

Oui

Non

→ Si oui, précisez la spécialité, la date de la consultation et sa conclusion

Spécialité consultation demandée :

Date de la consultation :

Conclusion de cette consultation :

Spécialité consultation demandée :

Date de la consultation :

Conclusion de cette consultation :

Spécialité consultation demandée :

Date de la consultation :

Conclusion de cette consultation :

Des examens complémentaires ont-ils été prescrits ?

Oui

Non

Type d'examen :

Date de l'examen :

Conclusion de cet examen :

Type d'examen :

Date de l'examen :

Conclusion de cet examen :

Commentaires libres