

Examen systématique 36 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 de 9 mois ou 24 mois Non Oui
 Problèmes de santé depuis l'examen de 24 mois Non Oui
 → Si oui, lesquels
 Traitement en cours Non Oui
 Vaccinations à jour Oui Non
 Hospitalisation(s) depuis l'examen de 24 mois Non Oui
 → Si oui, nombre : → Motif (s) hospitalisation :

Conditions de vie

Evènements familiaux depuis l'examen de 24 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
 Enfant scolarisé Oui à temps partiel Oui à temps plein Non
 → Si oui, depuis quel âge (en mois)
 → Si oui, mode de garde périscolaire
 → Intégration scolaire Bonne Moyenne Mauvaise
 Temps passé devant la télévision : h mn
 Télévision pendant le repas Non Oui
 Activité actuelle de la mère ou dernière profession exercée :
 Activité actuelle du père ou dernière profession exercée :

Alimentation

Alimentation équilibrée Oui Non
 Prend le petit-déjeuner à la maison Oui Non
 Prend une collation dans la matinée à l'école Oui Non
 Mange à la cantine Oui Non
 Prend au moins un repas familial par jour Oui Non
 Reçoit de la vitamine D Oui Non
 Reçoit du fluor Oui Non
 Se brosse les dents Oui Non
 Erreurs alimentaires Oui Non

Sommeil

Fait la sieste Oui Non
 S'endort avec difficulté Oui Non
 Cosleeping (sommeil partagé) Oui Non
 Se réveille la nuit Oui Non
 Prend un biberon la nuit Oui Non
 Reçoit des médicaments pour s'endormir Oui Non
 Lecture d'une histoire avant se s'endormir Oui Non

Nom de l'enfant :

Prénom :

Audition

Trouble de l'audition déjà détecté	Non	Oui	
→ Si oui, lesquels			
→ Prise en charge spécialisée	Oui	Non	
Facteurs de risque	Non	Oui	
Signes d'appel	Non	Oui	
Antécédents d'otites	Non	Oui	
Examen des tympans	Normal	Anormal	
Test de voix chucotée			
Droite	Normal	Anormal	Doute
Gauche	Normal	Anormal	Doute
Tympanométrie - Impédancemétrie			
Droite	Normale	Anormale	Doute
Gauche	Normale	Anormale	Doute

Vision

Trouble de la vision déjà détecté	Non	Oui	
→ Si oui, lequel			
→ L'enfant a-t-il une correction ?	Oui	Non	
Facteurs de risque	Non	Oui	
Signes d'appel	Non	Oui	
Examen morphologique de l'œil	Normal	Anormal	Doute
Refllet pupillaire	Centré	Décentré	Doute
Réflexe photomoteur	Symétrique	Asymétrique	Doute
Poursuite oculaire	Normale	Anormale	Doute
Nystagmus	Non	Oui	Doute
Test des lunettes à secteur			
Déviations strabiques	Non	Oui	Doute
Signe de la toupie	Non	Oui	Doute
Test des lunettes à écran			
Réaction de défense à l'occlusion	Non	Oui	Doute
Déviations strabiques	Non	Oui	Doute
Test de CADET			
Amblyopie fonctionnelle	Non	Oui	
Acuité visuelle Droite	Normale	Anormale	Doute
Acuité visuelle Gauche	Normale	Anormale	Doute
Test de LANG			
Vision stéréoscopique	Normale	Anormale	Doute

Langage

Voix	Normale	Voix forte	Voix faible
Articulation	Correcte	Zéaiement	Redondances
Peut nommer 3 couleurs	Oui	Non	Doute
Dit son nom	Oui	Non	Doute
Comprend une consigne simple	Oui	Non	Doute
Fait des phrases de 3 mots	Oui	Non	Doute
Utilise le "je"	Oui	Non	Doute
Emploi des articles			
Comprend haut / bas	Oui	Non	Doute
Comprend devant / Derrière	Oui	Non	Doute

Nom de l'enfant : Prénom :

Autonomie et comportement social

Mange seul	Non	<input type="checkbox"/>	Oui	<input type="checkbox"/>	Doute	<input type="checkbox"/>
S'habille avec aide	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Doute	<input type="checkbox"/>
Propreté de jour	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Doute	<input type="checkbox"/>
Propreté de nuit	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"/>

Motricité fine et globale

Motricité globale

Saute sur un pied	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Doute	<input type="checkbox"/>
Pédale sur un tricycle	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Doute	<input type="checkbox"/>
Monte les escaliers en alternant les pieds	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Doute	<input type="checkbox"/>
Se relève de la position assise sans appui	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Doute	<input type="checkbox"/>
Tient sur un pied au moins 3 secondes	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Doute	<input type="checkbox"/>

Motricité fine

Dévisse et revisse le bouchon du flacon	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Doute	<input type="checkbox"/>
Copie un cercle fermé	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Doute	<input type="checkbox"/>
Copie un trait vertical	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Doute	<input type="checkbox"/>
Réalise une tour de 8 cubes	Oui	<input type="checkbox"/>	Non	<input type="checkbox"/>	Doute	<input type="checkbox"/>
Reproduit le pont de 3 cubes	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 abaques 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