

## DOSSIER MÉDICAL

Nom de l'enfant : .....	Prénom : .....
Date de naissance : ...../...../.....	Age : .....

Nom du Médecin : .....
Adresse postale : .....
Téléphone : ..... / ..... / ..... / ..... / .....
Mail : .....
Date de l'examen : ...../...../.....

### ANTÉCÉDENTS FAMILIAUX

	ATCD médico-chirurgicaux	ATCD de troubles des apprentissages	Profession
Père			
Mère			
Fratrie			

### ANTÉCÉDENTS PERSONNELS

**GROSSESSE**

Normale

OUI

NON

<p><b>Si NON préciser</b> : grossesse multiple, FIV, RCIU, MAP, infection anténatale (préciser), prise de toxique (préciser) <i>(texte libre)</i></p>
---

## DOSSIER MÉDICAL

### o NAISSANCE

**Accouchement**  normal ou césarienne programmée  
 voie basse dystocique  césarienne en urgence

**Age gestationnel :** ..... SA (*entre 24 et 42*)

**Poids :** ..... **Taille :** ..... **PC :** ..... **Apgar à 1mn =** ...../10 **5mn =** ...../10

Anoxie périnatale  OUI  NON

Hospitalisation en période néonatale  OUI  NON

Commentaire période néonatale (en particulier : Hospitalisation néonatale, pathologie maternelle dont dépression du post-partum) (*texte libre*)

### o DÉVELOPPEMENT PRÉCOCE DANS LA 1ÈRE ANNÉE DE VIE

Dépression maternelle du post partum  OUI  NON

Difficultés d'interaction parents-enfant  OUI  NON

Sourire réponse  OUI  NON

Contact visuel  OUI  NON

Répond à son prénom  OUI  NON

Difficultés d'alimentation  OUI  NON

Difficultés de sommeil  OUI  NON

### o ANTÉCÉDENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX PERSONNELS :

Problèmes ORL (auditifs)  OUI  NON

Problèmes visuels  OUI  NON

ATCD chirurgicaux  OUI  NON

Hospitalisations (hors période néonatale)  OUI  NON

ATCD médicaux  OUI  NON

*Si OUI à une de ces questions préciser (texte libre) :*

(En particulier : date et motif d'hospitalisation, type de problème médical)

## DOSSIER MÉDICAL

Traitement médicamenteux au long cours  
(En cours ou antérieurs)

 OUI

 NON

*Si OUI préciser* (DCI, posologie, durée)

## DÉVELOPPEMENT PSYCHOMOTEUR ET ACQUISITIONS : (ÂGE EN ANNÉES ET MOIS)

- |  |  |                              |
|--|--|------------------------------|
| Tenue de tête ( <i>âge corrigé si naissance &lt;37SA</i> )   | <input type="checkbox"/> OUI (âge) : ..... | <input type="checkbox"/> NON |
| Marche autonome ( <i>âge corrigé si naissance &lt;37SA</i> ) | <input type="checkbox"/> OUI (âge) : ..... | <input type="checkbox"/> NON |
| Vélo sans roulettes  | <input type="checkbox"/> OUI (âge) : ..... | <input type="checkbox"/> NON |
| Premiers mots  | <input type="checkbox"/> OUI (âge) : ..... | <input type="checkbox"/> NON |
| Association de mots  | <input type="checkbox"/> OUI (âge) : ..... | <input type="checkbox"/> NON |
| Propreté diurne  | <input type="checkbox"/> OUI (âge) : ..... | <input type="checkbox"/> NON |
| Propreté nocturne  | <input type="checkbox"/> OUI (âge) : ..... | <input type="checkbox"/> NON |
| Puzzles  | <input type="checkbox"/> OUI               | <input type="checkbox"/> NON |
| Jeux de construction (kaplas, légos)                         | <input type="checkbox"/> OUI               | <input type="checkbox"/> NON |
| Jeux d'imitation   | <input type="checkbox"/> OUI               | <input type="checkbox"/> NON |

## EXAMEN SENSORIEL

### VISION

De loin OD = ..... OG = ..... Test utilisé : .....

De près OD = ..... OG = ..... Test utilisé : .....

Vision du relief normale  OUI  NON

Test utilisé : .....

AUDITION normale  OUI  NON

Test utilisé :  Audiométrie totale  Audiométrie vocale  Voix chuchotée  Examen ORL récent

## EXAMEN SOMATIQUE

Poids : .....

Taille : .....

PC : .....

### PRÉSENCE DE PARTICULARITES MORPHOLOGIQUES

OUI

NON

**Si OUI, préciser** [CRANE (*microcéphalie, macrocéphalie, anomalie de forme*) VISAGE, MEMBRES, RACHIS (*Anomalie de la statique vertébrale (scoliose, cyphose, hyperlordose, etc...)*), Signes de dysgraphie (*touffe de poils, fossette sacro coccygienne, etc....*)], LIGNE MEDIANE (*luette bifide, hernie ombilicale, etc....*)] (*texte libre*) :

### EXAMEN SOMATIQUE GENERAL (cardioPulmonaire, orl, abdominal....)

NORMAL

PATHOLOGIQUE

**Si PATHOLOGIQUE préciser** (cardiaque, pulmonaire, dentition, hypertrophie amygdalienne, hépatomégalie, splénomégalie, hyperlaxité ligamentaire, anomalie des organes génitaux externes) (*texte libre*) :

### EXAMEN CUTANÉ

NORMAL

PATHOLOGIQUE

**Si PATHOLOGIQUE préciser** (*Anomalie de pigmentation et /ou d'élasticité, taches café au lait, taches achromiques, lentigines, neurofibromes, ...*)] (*texte libre*) :

### EXAMEN DU NEURODÉVELOPPEMENT :

#### ○ LANGAGE ORAL

Expression

NORMALE

PATHOLOGIQUE

Compréhension des consignes

NORMALE

PATHOLOGIQUE

#### ○ COMMUNICATION :

## DOSSIER MÉDICAL

- |   |                              |  |
|---|------------------------------|--|
| Réponse-sourire   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON   |
| <b>Pointage du doigt</b>                                | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON   |
| <b>Attention conjointe partagée</b>                     | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON   |
| Jeux de faire-semblant                                  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON   |
| Intéactions avec les parents et avec les autres enfants | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON   |
| Adaptation à la collectivité et à l'école               | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON   |
| Respect des règles de vie en groupe                     | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON   |
| A des amis  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON   |
| Contact visuel  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/> DIFFICILE/INTERMITTENT |

### ○ MOTRICITÉ GLOBALE:

- |   |                                  |                                       |
|---|----------------------------------|---------------------------------------|
| Marche, course                                  | <input type="checkbox"/> NORMALE | <input type="checkbox"/> PATHOLOGIQUE |
| Marche sur une ligne                            | <input type="checkbox"/> NORMALE | <input type="checkbox"/> IMPOSSIBLE   |
| Marche sur les talons / sur les pointes de pied | <input type="checkbox"/> NORMALE | <input type="checkbox"/> IMPOSSIBLE   |
| Equilibre bipodal                               | <input type="checkbox"/> NORMAL  | <input type="checkbox"/> IMPOSSIBLE   |
| Equilibre monopodal                             | <input type="checkbox"/> NORMAL  | <input type="checkbox"/> IMPOSSIBLE   |
| Saut cloche pied (au moins d'1 côté)            | <input type="checkbox"/> REUSSI  | <input type="checkbox"/> ECHOUÉ       |
| Accroupi, se relève                             | <input type="checkbox"/> OUI     | <input type="checkbox"/> NON          |

### ○ COORDINATION FINE ET PRAXIES :

- Graphisme, découpage, faire ses lacets, se coiffer, s'habiller, couper sa viande....
- |                                 |                                  |
|---------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NORMAL | <input type="checkbox"/> ANORMAL |
|---------------------------------|----------------------------------|

### ○ ATTENTION, CONCENTRATION :

- |   |                              |                              |
|---|------------------------------|------------------------------|
| ○ Fait des fautes d'étourderie  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ○ A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ○ Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement      | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ○ Ne se conforme pas aux consignes                                      | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ○ Evite les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu             | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ○ Perd souvent ses objets   | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ○ Se laisse facilement distraire par des stimuli externes               | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ○ A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux                  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ○ Court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| ○ Parle trop  | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

## DOSSIER MÉDICAL

### o SENSORIALITÉ :

- Est gêné par des vêtements particuliers, des textures alimentaires particulières  OUI  NON
- Est gêné ou recherche des odeurs particulières, des bruits forts, des lumières fortes  OUI  NON
- Intérêts restreints  OUI  NON
- Stéréotypies (mouvements répétitifs)  OUI  NON

### o TONUS

- NORMAL  ANORMAL

### o RÉFLEXES OSTEO TENDINEUX

- POSITIFS  NÉGATIFS  
 SYMÉTRIQUES  ASYMÉTRIQUES

## COMPOTEMENT PENDANT L'EXAMEN

Normal  OUI  NON

*Si NON, préciser* : tics, bégaiement, difficultés de contact oculaire, trouble du contact, opposition, colères, ... (*texte libre*) :

## CONCLUSION et appréciations particulières si besoin

*Quelles hypothèses diagnostiques faites-vous ?*

*Quelles préconisations envisageriez-vous ?*

Serez-vous le médecin référent de l'enfant ?  OUI  NON

Les parents sont d'accord pour que la Plateforme soit sollicitée  OUI  NON

Si des bilans et interventions précoces sont nécessaires :

- o Les parents accepteraient une prise en charge institutionnelle  OUI  NON
- o Les parents accepteraient une prise en charge libérale  OUI  NON

Signature – Tampon du médecin

A transmettre à la Plateforme de Coordination et d'Orientation