

Questionnaire médical

Plateforme de coordination et d'orientation pour les enfants
présentant des signes d'alerte dans leur (neuro)développement
Arrondissement de Lille

DOCUMENTS A JOINDRE AU QUESTIONNAIRE

- Copie des comptes rendus dont vous disposez.

COORDONNEES DE L'ENFANT

Nom de l'enfant : Prénom :

Date de naissance :/...../..... Age :

Date :/...../.....

ORIENTATION VERS LA PLATEFORME

Par quel médecin l'enfant est-il orienté vers la plateforme ?

NOM : Prénom :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone fixe :

Messagerie sécurisée :

Pédiatre Généraliste Médecin scolaire PMI CAMSP CMP CMPP

Pour quelles raisons ?

.....
.....
.....

ANTECEDENTS FAMILIAUX

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

ANTECEDENTS PERSONNELS

GROSSESSE

Normale OUI NON

Si NON préciser : grossesse multiple, FIV, RCIU, MAP, infection anténatale (préciser), prise de toxique

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)

DEVELOPPEMENT PRECOCE DANS LA 1ère ANNEE DE VIE

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

ANTÉCÉDENTS MÉDICO-CHIRURGICAUX

Problèmes ORL (auditifs)

OUI NON

Problèmes visuels

OUI NON

Antécédents médicaux

OUI NON

Antécédents chirurgicaux

OUI NON

Hospitalisations (hors période néonatale)

OUI NON

Si OUI à une de ces questions préciser : (En particulier : date et motif d'hospitalisation, type de problème 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 (*âge corrigé si naissance <37SA*)

OUI (âge) : NON

Marche autonome (*âge corrigé si naissance <37SA*)

OUI (âge) : NON

Vélo sans roulettes

OUI (âge) : NON

Premiers mots

OUI (âge) : NON

Association de mots

OUI (âge) : NON

Propreté diurne

OUI (âge) : NON

Propreté nocturne

OUI (âge) : NON

Puzzles

OUI NON

Jeux de construction (kapplas, légos)

OUI NON

Jeux d'imitation

OUI NON

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 dysraphie (touffe de poils, fossette sacro coccygienne, etc...)), LIGNE MEDIANE (luette bifide, hernie ombilicale, etc...)] :

.....
.....
.....

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, ...) :

.....
.....

EXAMEN SENSORIEL

VISION

De loin OD = OG = Test utilisé :

De près OD = OG = Test utilisé :

Vision du relief normale

OUI NON

Test utilisé :

A-t-il eu un bilan ophtalmologique ?

OUI NON

Port de lunettes :

OUI NON

AUDITION

Normale OUI NON

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

EXAMEN DU NEURODÉVELOPPEMENT

COMMUNICATION ET LANGAGE

Langage oral :

Expression

NORMALE PATHOLOGIQUE

Compréhension des consignes

NORMALE PATHOLOGIQUE

Pointage du doigt

OUI NON

Jeux de faire-semblant

OUI NON

Attention conjointe partagée

OUI NON

INTERACTIONS SOCIALES

Contact visuel

OUI NON DIFFICILE/INTERMITTENT

Réponse-sourire

OUI NON

Interactions avec les parents et avec les autres enfants

OUI NON

Adaptation à la collectivité et à l'école

OUI NON

Respect des règles de vie en groupe

OUI NON

A des amis

OUI NON

MOTRICITÉ GLOBALE :

Marche, course

NORMALE PATHOLOGIQUE

Marche sur une ligne

NORMALE IMPOSSIBLE

Marche sur les talons / sur les pointes de pied

NORMALE IMPOSSIBLE

Equilibre bipodal

NORMAL IMPOSSIBLE

Equilibre monopodal

NORMAL IMPOSSIBLE

Saut cloche pied (au moins d'1 côté)

REUSSI ECHOUE

Accroupi, se relève

OUI NON

COORDINATION FINE ET PRAXIES :

Graphisme, découpage, faire ses lacets, se coiffer, s'habiller, couper sa viande....

NORMAL ANORMAL

ATTENTION, CONCENTRATION :

Fait des fautes d'étourderie

OUI NON

A souvent du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux

OUI NON

Semble souvent ne pas écouter quand on lui parle personnellement

OUI NON

A transmettre par courrier : PCO TND EPSM AL, BP 4, 59871 SAINT-ANDRE-LEZ-LILLE CEDEX

Plus d'informations PCO TND EPSM AL : 03 28 38 51 41

- Ne se conforme pas aux consignes OUI NON
- Evite les tâches qui nécessitent un effort mental soutenu OUI NON
- Perd souvent ses objets OUI NON
- Se laisse facilement distraire par des stimuli externes OUI NON
- A souvent du mal à se tenir tranquille dans les jeux OUI NON
- Court ou grimpe partout, dans les situations où cela est inapproprié OUI NON
- Parle trop OUI NON

COMPORTEMENTS REPETITIFS ET PARTICULARITE SENSORIELLES :

- 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

TONUS NORMAL ANORMAL
RÉFLEXES OSTEO TENDINEUX POSITIFS NÉGATIFS SYMÉTRIQUES ASYMÉTRIQUES

COMPORTEMENT PENDANT L'EXAMEN Normal OUI NON

Si NON, préciser : tics, bégaiement, difficultés de contact oculaire, trouble du contact, opposition, colères, ... :

.....

PROFESSIONNELS IMPLIQUES DANS LE PARCOURS DE L'ENFANT

Avez-vous déjà fait des prescriptions pour cet enfant ? OUI NON

Kinésithérapeute Si oui, précisez le motif, avec qui et durée : (Merci de joindre le CR)

.....

Orthophoniste Si oui, précisez le motif, avec qui et durée : (Merci de joindre le CR)

.....

Psychomotricien Si oui, précisez le motif, avec qui et durée : (Merci de joindre le CR)

.....

Psychologue Si oui, précisez le motif, avec qui et durée : (Merci de joindre le CR)

.....

Ergothérapeute Si oui, précisez le motif, avec qui et durée : (Merci de joindre le CR)

.....

Autre :

Une consultation neuropédiatrique a-t-elle été réalisée ? OUI, merci de joindre le nom du neuropédiatre ainsi que le compte rendu

NON, est-elle en demande ? Si oui, auprès de quel médecin.....

L'enfant est-il actuellement accompagné en CAMSP, en CMP ou en CMPP ? OUI NON

Nom et coordonnées de la structure :

Médecin référent :

A-t-il bénéficié de ce type de suivi par le passé ? OUI NON

Nom et coordonnées de la structure :

Médecin :

L'enfant est-il en attente d'un accompagnement en CAMSP, d'un CMP, ou d'un CMPP ? OUI NON

Nom de la structure où l'enfant est inscrit sur liste d'attente :

Date de l'inscription sur liste d'attente :

CONCLUSION et appréciations particulières si besoin

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Si des bilans et interventions précoces sont nécessaires :

Les parents accepteraient une prise en charge institutionnelle OUI NON

Les parents accepteraient une prise en charge libérale OUI NON

*Une fois l'entrée dans le parcours validée par les médecins de la plateforme, si celui-ci se déroule uniquement en libéral, **le médecin ayant adressé l'enfant à la plateforme reste coordinateur de son parcours avec le soutien de la plateforme**. Il est destinataire de l'ensemble des comptes-rendus des professionnels et participe aux échanges pluridisciplinaires. En cas d'orientation par la plateforme vers une structure de niveau 2, le médecin de la structure assure la référence médicale du parcours.*

Signature – Tampon du médecin