

ÉVALUATION A L'ÂGE DE 6 ANS

Feuillet blanc à destination du réseau

Feuillet rose à conserver par le médecin qui a fait l'examen

Feuillet bleu reste dans le classeur de l'enfant

N°inclusion _____
Nom de l'enfant _____
Prénom _____
Date de la visite _____
Examineur _____

En cas de changement d'adresse ou de n° de téléphone, noter ici les nouvelles coordonnées :

ENVIRONNEMENT ET EVENEMENT(S)

ENVIRONNEMENT FAMILIAL

Situation familiale en couple parent isolé parents séparés
Mode de garde parents assistante maternelle garderie périscolaire garde alternée
 autre _____

SCOLARITE

Scolarisation temps partiel temps plein non scolarisé
Section PS MS GS CP autre _____
Maintien dans une section oui non
Difficultés oui non *si oui préciser* : attention langage graphisme comportement

Suivi mis en place à l'école : RASED aide personnalisée équipe éducative
 AVS réunion de suivi de scolarisation

Accueil en établissement Médico Social ou sanitaire oui préciser _____ non
Activité extra-scolaire oui préciser _____ non

Événement(s) depuis la dernière consultation oui non *(si oui renseigner ci-dessous)*

événement familial préciser _____
 convulsion ou crise épileptique
 autre pathologie préciser _____
 hospitalisation préciser _____
 consultation spécialisée préciser _____
 prise en charge kinésithérapie ergothérapie suivi psychologique
 psychomotricité orthophonie autre _____
 appareillage préciser _____
 autre préciser _____

VIE QUOTIDIENNE

Troubles de l'alimentation oui non si oui, préciser _____
 Troubles du sommeil oui non

Comportement à la maison adapté coléreux excès de timidité anxiété agité manque de concentration impulsif

à l'école adapté coléreux excès de timidité anxiété agité manque de concentration impulsif

Difficulté de séparation oui non

Traitement de fond vitamine D autre _____
 Vaccins à jour oui non

EXAMEN SOMATIQUE

Mensurations	Poids _____ kg	Croissance pondérale normale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Taille _____ cm	Croissance staturale normale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Périmètre crânien _____ cm	Croissance PC normale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	IMC en kg/m ² _____	IMC normal <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	Rebond d'adiposité <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
	Tension artérielle _____ / _____	

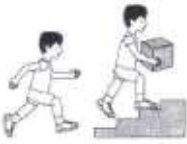




Examen somatique	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal (<i>si anomalie renseigner ci-dessous</i>)	
Revêtement cutané	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
Appareil cardiovasculaire	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
Appareil respiratoire	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
Transit	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
RGO	<input type="checkbox"/> oui	
Palpation abdomen	<input type="checkbox"/> anormale	préciser _____
Appareil génito-urinaire	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
Hanches	<input type="checkbox"/> anormales	préciser _____
ORL	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
Etat dentaire	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
Bavage	<input type="checkbox"/> oui	préciser _____
Réflexe nauséux	<input type="checkbox"/> antérieur (anormal)	
Anomalie squelettique	<input type="checkbox"/> oui	préciser _____
Autre	<input type="checkbox"/> oui	préciser _____

Bandelette urinaire	<input type="checkbox"/> non faite	Protéinurie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Glycosurie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
----------------------------	------------------------------------	---	--

Utiliser un stylo-bille, noir de préférence, en appuyant bien. Bien placer l'intercalaire cartonné en dessous de la feuille à remplir.

EXAMEN NEUROSENSORIEL

Trouble(s) auditif(s)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Trouble(s) visuel(s)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
	<input type="checkbox"/> unilatéral <input type="checkbox"/> bilatéral		<input type="checkbox"/> unilatéral <input type="checkbox"/> bilatéral
Suivi ORL	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Suivi ophtalmologie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Appareillage	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Verres correcteurs	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Suivi en structure spécialisée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Suivi en structure spécialisée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Trouble(s) moteur(s)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>(si oui renseigner ci-dessous)</i>			
Course bien assurée	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Attrape à deux mains le ballon	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Troubles du tonus de l'axe	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	Si oui, <input type="checkbox"/> Hypotonie	<input type="checkbox"/> Hypertonie	
Mouvements anormaux (tremblements, syncinésies...)	<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	
Paralyse cérébrale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Si oui	<input type="checkbox"/> spastique	<input type="checkbox"/> dyskinétique		
	<input type="checkbox"/> paraparésie	<input type="checkbox"/> tétraparésie	<input type="checkbox"/> Hémi-parésie	
Classification GMF-CS				
Niveau I	Niveau II	Niveau III	Niveau IV	Niveau V
				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Retentissement fonctionnel niveau GMFCs : (Cocher la case correspondante ci-dessus)				
Niveau 1 : Marche à l'intérieur et à l'extérieur, monte les escaliers sans imitation. Peut courir, sauter, mais avec une limitation de la vitesse et de la coordination				
Niveau 2 : Marche à l'intérieur et à l'extérieur, monte un escalier en s'aidant d'une rampe, mais la marche est limitée en terrain accidenté ou incliné, dans la foule. La course et le saut sont limités.				
Niveau 3 : La marche à l'intérieur et à l'extérieur, en terrain plat est assistée. Monter un escalier est possible en s'aidant d'une rampe. Suivant les fonctions supérieures, il est possible de se déplacer en fauteuil roulant manuel, les longs déplacements à l'extérieur ou en terrain accidenté nécessitent un transport aidé.				
Niveau 4 : Les déplacements sont possibles en fauteuil roulant à l'intérieur et à l'extérieur pour les parcours connus.				
Niveau 5 : Le maintien de la posture est difficile, toutes les fonctions motrices sont limitées et incomplètement compensées par des aides, les déplacements autonomes en fauteuil roulant sont pratiquement impossibles et ne peuvent se faire qu'en fauteuil électrique				

Suivi en médecine physique et réadaptation	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Suivi en neuropédiatrie	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Motricité fine

Ecrit son nom oui non
 Tient le crayon entre le pouce et les autres doigts oui non
 Boutonne ses boutons oui non
 Dessine *(faire dessiner l'enfant à côté du modèle)*



Utiliser un stylo-bille, noir de préférence, en appuyant bien. Bien placer l'intercalaire cartonné en dessous de la feuille à remplir.

Latéralisation oeil droite gauche non fixée
 Latéralisation main droite gauche non fixée
 Latéralisation pied droite gauche non fixée

Repérage dans l'espace oui non
 Repérage dans le temps oui non

DEVELOPPEMENT RELATIONNEL ET COGNITIF

Trouble(s) du comportement relationnel <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>(si oui renseigner ci-dessous)</i>	
Aptitudes sociales et relationnelles	<input type="checkbox"/> ne participe pas facilement à des activités en groupe <input type="checkbox"/> n'échange pas facilement avec les adultes <input type="checkbox"/> ne s'adapte pas facilement aux situations nouvelles <input type="checkbox"/> difficulté de contact visuel <input type="checkbox"/> ne s'exprime pas à l'extérieur autant que dans sa famille <input type="checkbox"/> inappétence à la relation normale <input type="checkbox"/> ne joue pas avec les autres enfants

Trouble(s) du comportement <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>(si oui renseigner ci-dessous)</i>	
Troubles du spectre autistique	<input type="checkbox"/> suspectés <input type="checkbox"/> diagnostiqués <input type="checkbox"/> pris en charge
<input type="checkbox"/> Agitation excessive qui perturbe les apprentissages	
<input type="checkbox"/> Anxiété	
<input type="checkbox"/> Autre _____	

Trouble(s) cognitif(s) <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>(si oui renseigner ci-dessous)</i>	
Langage	<input type="checkbox"/> ne comprend pas les contraires <input type="checkbox"/> ne dit pas son nom, son âge <input type="checkbox"/> n'emploie pas le pluriel <input type="checkbox"/> ne cite pas les jours de la semaine <input type="checkbox"/> ne dénombre pas jusqu'à 20
Mémoire phonologique	<i>(l'enfant doit répéter dans le même ordre, la série de chiffres énoncée clairement, en détachant les chiffres les un des autres d'une seconde)</i> <i>Exemple : 4-8 2-9 1-5-3 7-2-4 2-6-7-1 3-9-4-6</i> <input type="checkbox"/> ne répète pas les séries de 4 chiffres

Trouble(s) autonomie <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non <i>(si oui renseigner ci-dessous)</i>	
Autonomie	<input type="checkbox"/> ne se déshabille pas seul(e) <input type="checkbox"/> ne s'habille pas seul(e) <input type="checkbox"/> ne participe pas à la toilette <input type="checkbox"/> maladresse dans les gestes de la vie courante <input type="checkbox"/> pas de propreté diurne <input type="checkbox"/> pas de propreté nocturne

Examen neurologique	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal
Développement psychomoteur	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> anormal

Utiliser un stylo-bille, noir de préférence, en appuyant bien. Bien placer l'intercalaire cartonné en dessous de la feuille à remplir.

QUALITE DE VIE

Appréciation globale de la qualité de vie par les parents

- pas de répercussion sur la vie familiale
 contraintes modérées ayant peu d'impact sur la vie familiale
 Inquiétudes et contraintes importantes avec impact notable sur la famille
 Impact très lourd ayant totalement bouleversé la famille

PRECONISATION(S)

Préconisation(s)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	(si oui, précisez ci-dessous)
Lien avec le médecin scolaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	préciser _____
Bilan pluridisciplinaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	préciser _____
Suivi spécialisé	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
si oui,	<input type="checkbox"/> chirurgie viscérale	<input type="checkbox"/> ORL	
	<input type="checkbox"/> gastroentérologie	<input type="checkbox"/> ophtalmologie	
	<input type="checkbox"/> néphrologie	<input type="checkbox"/> médecine physique et de réadaptation	
	<input type="checkbox"/> cardiologie	<input type="checkbox"/> neurologie pédiatrique	
	<input type="checkbox"/> endocrinologie	<input type="checkbox"/> neurochirurgie	
	<input type="checkbox"/> génétique	<input type="checkbox"/> pédopsychiatrie	
	<input type="checkbox"/> autre _____		
Prise(s) en charge	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
si oui,	<input type="checkbox"/> kinésithérapie respiratoire	<input type="checkbox"/> psychologie	
	<input type="checkbox"/> kinésithérapie motrice	<input type="checkbox"/> guidance	
	<input type="checkbox"/> ergothérapie	<input type="checkbox"/> orthophonie	
	<input type="checkbox"/> psychomotricité	<input type="checkbox"/> autre _____	
Orientation	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
si oui,	<input type="checkbox"/> CMP	<input type="checkbox"/> CMPP	<input type="checkbox"/> SESSAD
	<input type="checkbox"/> autre _____		<input type="checkbox"/> IME
	préciser lequel _____		
Aide(s) proposée(s)			
<input type="checkbox"/> Demande d'exonération du ticket modérateur			
<input type="checkbox"/> Constitution d'un dossier MDPH	Pour quelle demande ? : _____		
<input type="checkbox"/> Allocation journalière de présence parentale			
<input type="checkbox"/> Autre aide _____			

Commentaires

