

ÉVALUATION A L'ÂGE DE 7 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 autre _____
Activité extra-scolaire oui préciser _____ non

SCOLARITE

Scolarisation en milieu ordinaire oui non
Si oui, section CP CE1 CE2 autre _____

Suivi particulier mis en place à l'école :

RASED aide personnalisée équipe éducative AVS

Difficultés scolaires oui non

Y-a-t-il eu redoublement oui non

Difficultés identifiées attention langage graphisme comportement autre _____

Accueil en établissement Médico Social ou sanitaire non oui préciser _____

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 _____

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

VIE QUOTIDIENNE

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

Comportement à la maison	<input type="checkbox"/> adapté	à l'école	<input type="checkbox"/> adapté
	<input type="checkbox"/> coléreux		<input type="checkbox"/> coléreux
	<input type="checkbox"/> excès de timidité		<input type="checkbox"/> excès de timidité
	<input type="checkbox"/> anxiété		<input type="checkbox"/> anxiété
	<input type="checkbox"/> agité		<input type="checkbox"/> agité
	<input type="checkbox"/> manque de concentration		<input type="checkbox"/> manque de concentration
	<input type="checkbox"/> impulsif		<input type="checkbox"/> impulsif

Difficulté de séparation oui non

Traitement de fond vitamine D autre _____

Vaccins à jour oui non préciser _____

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
	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 _____
Appareil génito-urinaire	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
ORL	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
Etat dentaire	<input type="checkbox"/> anormal	préciser _____
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
----------------------------	------------------------------------	---	--

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

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

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		
Saute à cloche pied	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
Mouvements anormaux (tremblements, syncinésies...)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non		
Paralysie 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"/> Hémiparésie	
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

Latéralisation oeil	<input type="checkbox"/> droite	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> non fixée
Latéralisation main	<input type="checkbox"/> droite	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> non fixée
Latéralisation pied	<input type="checkbox"/> droite	<input type="checkbox"/> gauche	<input type="checkbox"/> non fixée

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 _____			
<input type="checkbox"/> Traitement ou prise en charge mise en place	<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.

EDA

EDA APPRENTISSAGES SCOLAIRES

CP 1 ^{er} trimestre					
	Score	-2 et	-1 et	Moyenne	+1et
Lecture totale (p.183)	...../65	3.9	19.7	35.5	51.3
Dictée (p.187)	...../25	8.4	12.8	17.2	21.6
Mathématique (p.189)	...../15	4.3	7.5	1.7	13.9

CP 3 ^{ème} trimestre					
	Score	-2 et	-1 et	Moyenne	+1et
Lecture totale (p.183)	...../65	49.8	54.9	60	65
Dictée (p.187)	...../25	18.1	20.2	22.3	24.4
Mathématique (p.189)	...../15	11.3	12.5	13.7	14.9

CE1					
	Score	-2 et	-1 et	Moyenne	+1et
Temps de lecture (p.195)	...../99 sec	158.6	126.8	95	63.2
Dictée (p.198)	...../20	13.1	14.8	16.5	18.2
Mathématique (p.189)	...../15	6	8.4	1.7	13

FONCTIONS NON VERBALES

CP					
	Score	-2 et	-1 et	Moyenne	+1et
Graphisme (p.111)	...../10	0.6	2.7	4.8	6.9
Planification (p.119)	...../10	4.1	5.9	7.7	9.5
Raisonnement visuo-spatial (p.121)	...../30	7.9	13.1	18.3	23.5
Attention sélective visuelle (p.153)	...../40	6.3	9.9	13.5	17.1
Praxies constructives (p.163)	...../4	2.3	3	3.7	4

CE1					
	Score	-2 et	-1 et	Moyenne	+1et
Graphisme (p.111)	...../10	2.1	4	5.9	7.8
Planification (p.119)	...../10	5.4	6.9	8.4	9.9
Raisonnement visuo-spatial (p.121)	...../30	12.7	17.2	21.7	26.2
Attention sélective visuelle (p.153)	...../40	8.1	12.5	16.9	21.3
Praxies constructives (p.163)	...../4	3.1	3.5	3.9	4

FONCTIONS VERBALES

CP					
	Score	-2 et	-1 et	Moyenne	+1et
Evocation lexicale (p.7)	...../60	39.4	44	48.6	53.2
Compréhension lexicale (p.25)	...../34	24.7	26.9	29.1	31.3
Compréhension syntaxique (p.103)	...../30	17.7	21	24.3	27.6

CE1					
	Score	-2 et	-1 et	Moyenne	+1et
Evocation lexicale (p.7)	...../60	43.8	47.4	51	54.6
Compréhension lexicale (p.25)	...../34	26.8	28.8	30.8	32.8
Compréhension syntaxique (p.103)	...../30	19.8	22.6	25.4	28.2

*La cotation des fonctions verbales et non verbales de l'enfant doit être effectuée sur le profil **de la classe que l'enfant devrait suivre**.*

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

Comportement lors de l'examen participe volontiers participe peu ne participe pas s'oppose

PRECONISATION(S)

Préconisation(s)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	<i>(si oui, précisez ci-dessous)</i>
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"/> orthoptie <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"/> IME <input type="checkbox"/> autre : 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

