

ÉVALUATION 2 MOIS

APRÈS LA SORTIE DU SERVICE DE NÉONATOLOGIE

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 ÉVÉNEMENT(S)

ENVIRONNEMENT

Situation familiale en couple parent isolé
Mode de garde parent(s) crèche assistante maternelle autre _____
Activité professionnelle de la mère oui non
Activité professionnelle du père oui non
Tabagisme passif oui non

Événement(s) depuis la sortie	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	(si oui renseigner ci-dessous)
<input type="checkbox"/> événement familial			préciser _____
<input type="checkbox"/> convulsion ou crise épileptique			<input type="checkbox"/> en contexte fébrile <input type="checkbox"/> en dehors de contexte fébrile
<input type="checkbox"/> autre pathologie			préciser _____
<input type="checkbox"/> hospitalisation			préciser _____
<input type="checkbox"/> consultation spécialisée			préciser _____
<input type="checkbox"/> prise en charge			<input type="checkbox"/> kinésithérapie <input type="checkbox"/> ergothérapie <input type="checkbox"/> suivi psychologique <input type="checkbox"/> psychomotricité <input type="checkbox"/> orthophonie <input type="checkbox"/> autre _____
<input type="checkbox"/> appareillage			préciser _____
<input type="checkbox"/> autre			préciser _____

VIE QUOTIDIENNE

Alimentation

Nombre de repas _____
Type de lait maternel artificiel
Prise alimentaire facile lente difficile

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

Sommeil bon perturbé insuffisant excessif
 Comportement facile très calme très actif irritable
 Pleurs normaux excessifs difficilement consolables

Traitement vitamine D traitement anti-reflux fer
 vitamine K fluor autre _____

Vaccins à jour oui non

EXAMEN SOMATIQUE

Mensurations	Poids _____ g	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

Examen somatique	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <i>(si anormal 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 _____
Autre	<input type="checkbox"/> oui	préciser _____

EXAMEN NEUROSENSORIEL

Forme du crâne

Sutures bord à bord disjointes chevauchantes
 Forme du crâne plagiocéphalie positionnelle autre _____

Trouble(s) auditif(s)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<i>(si oui renseigner ci-dessous)</i>
Réagit, sursaute, arrête son activité à la voix	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Réagit, sursaute, arrête son activité au bruit	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

Trouble(s) visuel(s)	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<i>(si oui renseigner ci-dessous)</i>
Poursuite oculaire	<input type="checkbox"/> difficile à obtenir <input type="checkbox"/> absente	
Anomalie(s) oculaire(s)	<input type="checkbox"/> oui	préciser _____

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

Trouble(s) de la motricité globale <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non (si oui renseigner ci-dessous)			
Attitude spontanée	<input type="checkbox"/> hypertonie	<input type="checkbox"/> hypotonie	<input type="checkbox"/> asymétrique
Activité motrice spontanée	<input type="checkbox"/> pauvre, stéréotypée	<input type="checkbox"/> asymétrique	
Mouvements anormaux	<input type="checkbox"/> oui préciser -----		

Soutenu en position semi-assise

- Ouverture de la main à droite oui non
 Ouverture de la main à gauche oui non
 Adductus du pouce à droite oui non
 Adductus du pouce à gauche oui non

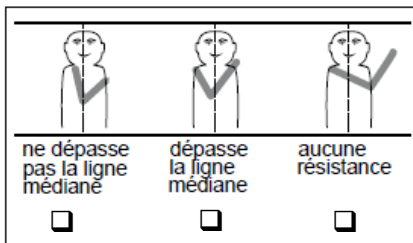
Préhension en griffe au contact de l'anneau en l'amenant dans son champ visuel

- Préhension en griffe à droite oui non
 Préhension en griffe à gauche oui non

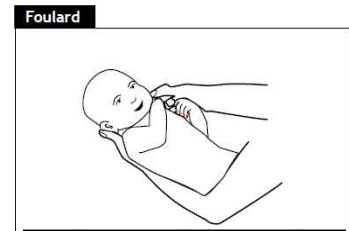
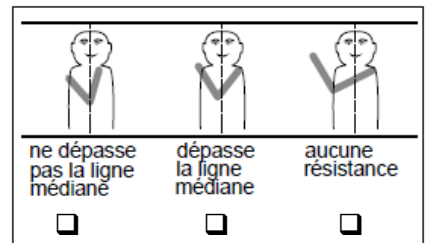
- Joue avec ses mains** oui non

Tonus musculaire passif des membres supérieurs

Foulard à droite

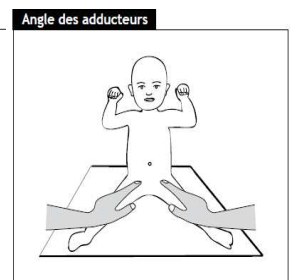
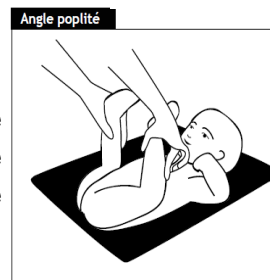


Foulard à gauche



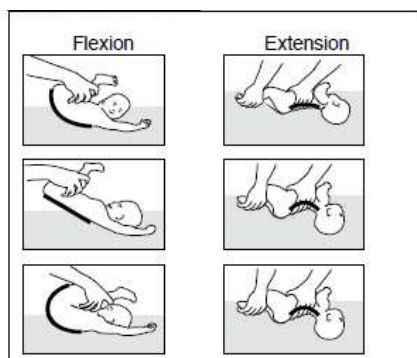
Tonus musculaire passif des membres inférieurs

- Angle poplité à droite $\geq 90^\circ$ $\leq 80^\circ$ aucune résistance
 Angle poplité à gauche $\geq 90^\circ$ $\leq 80^\circ$ aucune résistance
 Angle des adducteurs $\geq 70^\circ$ $\leq 60^\circ$ aucune résistance



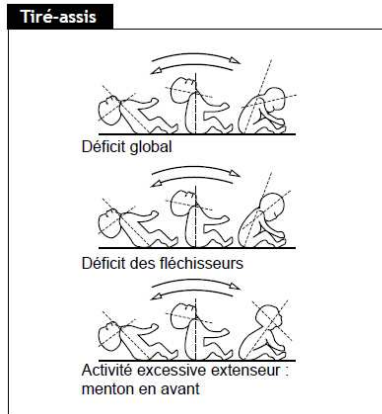
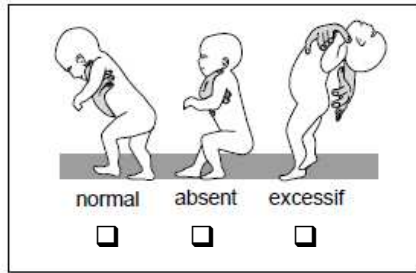
Tonus passif de l'axe

- Torticolis oui non
 Incurvations du tronc



- flexion \geq à l'extension
 flexion < extension
 flexion et extension excessives

Tonus actif de l'axe
Redressement global



Tiré assis, vers l'avant facile dans l'axe
 pénible
 passif
 impossible

Poussé couché, retour vers l'arrière (extenseurs de la nuque)
 facile dans l'axe (freinage symétrique)
 pénible
 passif
 réponse brusque

Maintenu (e) en position assise, tient sa tête dans l'axe > 15 secondes oui non
 En décubitus ventral, soulève sa tête oui non

Axe corporel lors de la suspension ventrale
 Tête élevée dans l'axe pendante
 Tronc extension postérieure horizontal hypotonique



Balancier (élévation et extension du membre inférieur controlatéral)
 Balancier normal à droite oui non
 Balancier normal à gauche oui non

Réflexes ostéotendineux
 Rotulien droit normal diffusé absent
 Rotulien gauche normal diffusé absent

Tolérance aux manipulations bonne hyperexcitabilité déstabilisation

COMPORTEMENT RELATIONNEL

Trouble(s) du comportement relationnel		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	(si oui renseigner ci-dessous)
Sourire réponse	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			
Interaction visuelle	<input type="checkbox"/> facile <input type="checkbox"/> évitante ou impossible			
Gazouillis interactifs	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			

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

BILAN DE LA CONSULTATION

Préconisation(s)	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	(si oui, précisez ci-dessous)
Consultation de recours	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	préciser _____
Examen complémentaire	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	préciser _____
Autre(s) suivi(s) spécialisé(s)	<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"/> 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"/> CAMSP	<input type="checkbox"/> CMP	<input type="checkbox"/> SESSAD
	préciser lequel _____	<input type="checkbox"/> autre	_____
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

